

SARA DELISLE

LA VOIE DE L'INTÉRIORITÉ RESPONSABLE
Un vécu spirituel contemporain lié à la quête de santé

Thèse présentée
à la Faculté de théologie et d'études religieuses de l'Université de Sherbrooke
comme exigence partielle du programme
de Doctorat en études du religieux contemporain
pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (ph.D.)

FACULTÉ DE THÉOLOGIE ET D'ÉTUDES RELIGIEUSES
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
SHERBROOKE

2014

SOMMAIRE

Dans le cadre de cette thèse, nous proposons l'étude d'un phénomène qui, sous certains aspects, pourrait s'apparenter à une nouvelle forme de religieux : « l'obsession de la santé parfaite¹ ». En s'appuyant sur une étude anthropologique, nous avons analysé ce rapport particulier à la santé dans notre société et l'avons mis en lien avec le vécu de la spiritualité. Au final, nous avons clairement observé qu'un lien prégnant existe entre les vécus sanitaire et spirituel des individus interrogés pour cette recherche, ce qui nous mène à la découverte d'une nouvelle expression de la foi : « la voie de l'intériorité responsable ». Cette expression de la foi s'inscrit également dans une nouvelle modalité du croire que nous avons nommée la « foi sans abri » et qui illustre le fait qu'un nombre important d'individus, étant liés à une institution religieuse ou non, construisent leur religion, leur spiritualité ou leur philosophie selon leurs expériences et leurs valeurs. Bien qu'individuels, ces cheminements, s'abreuvant à la source de différentes traditions religieuses et spirituelles, contribuent à façonner une identité spirituelle nouvelle nous éclairant sur les croyances et les valeurs collectives ainsi que sur les règles de sociabilité dominantes. Enfin, cette thèse s'inscrit dans la lignée des études qui ont trait à l'éclatement du religieux contemporain et à la diversité de ses nouvelles formes.

¹ ILLICH, Ivan. « L'obsession de la santé parfaite », Dossier : Apartheid médical, *Manière de voir*, Le Monde diplomatique, [1999], 2004, p. 31-34.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Claude Gélinas pour son soutien et sa grande disponibilité dans l'encadrement de cette présente thèse de doctorat; Chantal Bouffard et Marianne Xhignesse qui ont su répondre à mes questionnements ponctuels en tant que membres du comité de thèse; Pierre C. Noël qui m'a fait confiance pour nombre de projets dont celui qui a trait à la dispensation et à l'organisation des soins et des services spirituels sur le territoire du Réseau universitaire intégré de Santé (RUIS) de Sherbrooke. Merci également au Groupe de recherche diversité urbaine (GRDU) de l'Université de Montréal, avec lequel j'ai été heureuse de collaborer dans le cadre du Projet « Pluralisme et ressources symboliques : les nouveaux groupes religieux au Québec », ainsi qu'à toutes les personnes qui ont généreusement acceptées de participer à mon terrain de recherche. Enfin, cette thèse n'aurait pu être réalisée sans le soutien précieux des membres de ma famille dont mes trois enfants : Gabriel, Salvador et Jaïa, mes parents Suzanne et Carl, ainsi que mon conjoint Saul. Merci.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	8
 PREMIÈRE PARTIE- L'OBSESSION DE LA SANTÉ PARFAITE ET SON LIEN AVEC LA SPIRITUALITÉ ...	20
 CHAPITRE I Le rapport contemporain à la maladie dans les sociétés occidentales	21
1. Sciences et technologies médicales	24
1.1 Médicalisation et extension du champ médical	25
1.2 Le tout diagnostic : la réalité invisible	29
1.2.1 Nouveau défi, nouvel espoir : la médecine prédictive	33
1.2.2 Maladies iatrogènes et traitements inutiles	37
1.3 Soins palliatifs : le point de médiation	42
1.3.1 Humanisation des soins : le patient redevient sujet	43
1.3.2 Sens de la mort et douleurs chroniques : vers une adaptation du système de soins ?	45
2. L'individu malade	46
2.1 Études de cas	47
 CHAPITRE II Le cas de Yannick, un sidéen converti au bouddhisme	57
1. Que subit l'identité de l'individu lorsque la maladie se déclare ?	58
2. Adopter différentes stratégies pour reconstruire une identité qui fait sens	60
3. Le cheminement de Yannick, son questionnement et sa conversion	62
3.1 Retour sur le concept d'identité	63
3.2 Suite et fin du cheminement de Yannick	64
3.3 Retour sur la religion comme marqueur identitaire	67

4. La vision de la maladie dans les sociétés occidentales à la lumière du cheminement spirituel et de la conversion	68
5. Le « rôle de malade », le « bon malade » et l'émergence du « malade nouveau »	71
6. Création d'associations de patients fondées sur l'idée dominante d'entraide mutuelle (Self-Help)	75
6.1 Contradictions et ambiguïtés	77
7. Conclusion sur les notions de souffrance et de mort	81
 CHAPITRE III Le rapport à la santé de l'individu contemporain	85
1. La clef de la modernité : l'individualisme	86
1.1 La désillusion	87
1.2 Une société en réseaux : l'individu au cœur d'un nouveau système	89
1.3 Liberté individuelle: le poids de la responsabilisation	92
1.4 L'influence et les bénéfices sociaux liés à la responsabilisation croissante de l'individu vis-à-vis de sa santé	96
2. La « sensibilité thérapeutique »: l'épanouissement personnel	100
2.1 Nouveaux désordres psychiques: nouvelles exigences sociales	101
2.2 La santé comme nouvelle norme sociale	105
3. De la santé à la spiritualité	110
3.1 Quête de santé : une nouvelle morale individuelle	110
3.2 L'authenticité : l'achèvement de la morale individuelle	113
4. Conclusion	117
 DEUXIÈME PARTIE- ANALYSE DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN : ÉMERGENCE DE LA VOIE DE L'INTÉRIORITÉ RESPONSABLE	119
 CHAPITRE IV Méthodologie de l'enquête de terrain	120
1. Précisions sociodémographiques en lien avec les participants	121

2. Analyse des données	125
2.1 L'émergence de catégories dominantes	127
2.2 Tableau des catégories	128
2.3 Sous-catégories	130
CHAPITRE V La santé comme nouveau guide	133
1. Identité et pression sociale : la santé comme marqueur identitaire	134
CHAPITRE VI Santé et maladie : une frontière en changement	156
1. Les représentations de la santé	159
CHAPITRE VII Représentations de la maladie ou de l'état de malade	174
1. La santé comme mode de vie	175
2. Génétique et anticipation de la maladie : moins de responsabilisation mais préoccupation certaine	191
3. La santé parfaite : un phénomène spirituel	194
CHAPITRE VIII L'émergence d'une spiritualité utilitaire au vécu sanitaire	204
1. Identités spirituelles imprécises : un cheminement commun	206
2. Cheminement personnel et spiritualité : l'intériorité responsable	215
2.1 La spiritualité : un engagement intérieur	217
2.2 La différence entre les sexes : une question d'intensité et de performance	235
CHAPITRE IX Le sens incarné par le vécu de la santé	238
1. Mort et souffrance	239
2. L'immaîtrisable	252
3. Vide existentiel et bonheur	255
4. Les technologies médicales ou la spiritualité?	258

TROISIÈME PARTIE- « TRANSFÉRABILITÉ » ET CONTRIBUTION	.....	274
CHAPITRE X	La voie de l'intériorité responsable : une expression de la « foi sans abri »	275
1. Précision sur cette modalité du croire particulière : la foi sans abri	.....	277
2. Première « transférabilité » des données liée à la foi sans abri : témoignages		279
3. Deuxième « transférabilité des données : l'Église de type <i>Interfaith</i>	.....	282
3.1 Trajectoire spirituelle des membres et information sociodémographiques		284
3.2 Prières du lundi soir : le désir de transformation		286
3.3 Causerie du dimanche : responsabilisation individuelle et vision de la santé		287
CHAPITRE XI	Un exemple d'apport possible d'approfondissement des connaissances lié à la voie de l'intériorité responsable	292
1. Retour sur le rapport à la maladie et à la santé de l'individu contemporain	.....	293
2. Apport aux domaines de la santé : saisir le vécu lié à la voie de l'intériorité Responsable		297
2.1 Présentation du projet de recherche		299
2.2 Impressions de terrain		300
CONCLUSION	.....	307
Ouverture	.....	310
ANNEXE I	.....	313
ANNEXE II	.....	315
ANNEXE III	.....	318
ANNEXE IV	.....	324
ANNEXE V	.....	345
BIBLIOGRAPHIE	.....	348

INTRODUCTION

Cette thèse a vu le jour dans le cadre du nouveau programme de doctorat en étude du religieux contemporain à la faculté de théologie et d'études religieuses de l'Université de Sherbrooke qui ouvrait la voie à une mise en valeur de l'interdisciplinarité afin d'analyser le religieux contemporain sous plusieurs angles. En tant qu'anthropologue médicale, nous y avons proposé l'étude d'un phénomène qui, sous certains aspects, pouvait s'apparenter à une nouvelle forme de religieux : « l'obsession de la santé parfaite ». On peut comprendre cette expression de plusieurs façons, mais pour Ivan Illich, qui en est l'auteur : « La recherche de la santé est devenue le facteur pathogène prédominant. [...], Plus grande est l'offre de santé, plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies... » (2004 : 32). Ensuite, comme le mentionnent R.G. Evans et G.L. Stoddart : « (...) la définition des besoins dépend de l'état de la technologie médicale à un moment donné. Face à certains états de santé, certes regrettables et très perturbants, on ne peut rien faire (ou on pense qu'on ne peut rien faire), mais ces états ne se traduisent pas en 'besoins' de soins. Le patient est perturbé mais c'est le système qui définit le besoin. » (1996 : 44).

Suivant cette idée, et selon un courant de pensée en anthropologie médicale, ce qui constitue la maladie est de l'ordre du construit, tant social et culturel qu'économique et politique. Les auteurs qui se rattachent à cette idée, selon Ellen Corin : « se rejoignent en effet dans leur interrogation générale sur ce que constitue une maladie et sur le degré de 'réalité' qu'elle possède. » (1985 : 51). Dans le cadre de cette thèse, nous allons de pair avec ce courant de pensée mais notre analyse portera principalement sur ce qui constitue la santé et la spiritualité dans les sociétés occidentales contemporaines, comment sont-elles construites et, surtout, comment sont-elles vécues par les individus sains²? Est-ce possible de faire un lien entre les vécus sanitaire et spirituel de ces individus? Nous employons effectivement le terme « sains » clairement en opposition à celui de « malades ». Nous ne pourrions, en effet, employer le terme de « bien portants », par exemple, puisque certains individus malades pourraient se retrouver dans cette catégorie, l'état de bien-être étant relatif à chacune des sensibilités individuelles.

² Dans le cadre de notre thèse, nous avons défini les individus sains comme suit : les individus qui ne sont pas atteints d'une maladie, physique ou mentale, et qui n'ont pas de troubles de santé persistants et récurrents les empêchant de fonctionner. Nous sommes conscients que ce terme peut amener à plusieurs définitions possibles, incluant l'état de bien-être notamment, mais nous voulions demeurer dans une définition plus simple liée davantage à l'état physique et psychologique de la personne en termes de diagnostic établi ou non.

L'obsession de la santé parfaite est un phénomène lié à la multiplication des techniques de soin, ainsi qu'à l'accroissement de la demande de soins divers tant dans le domaine de la médecine traditionnelle occidentale que dans celui des médecines complémentaires et des pratiques dites alternatives. Les efforts de prévention et d'anticipation de la maladie sont à la hausse, tant sur le plan individuel que collectif. À la suite de ce constat, le questionnement principal de cette thèse est le suivant : quelles influences peuvent entraîner les préoccupations individuelles et collectives actuelles pour la santé, sur la perception de l'état de bien-être global des individus sains, et plus particulièrement sur leur cheminement spirituel au sein de notre société? Plus précisément, nous pourrions dire qu'une représentation de la santé parfaite entraîne certaines préoccupations particulières liées à la santé et que ce sont ces préoccupations qui viennent modeler le rapport que l'individu sain entretient avec sa santé. C'est donc l'analyse des différentes préoccupations liées à la santé qui nous permettra d'explorer l'influence d'une représentation de la santé parfaite sur le rapport que l'individu sain entretient avec sa santé puisque, selon nous, la santé parfaite prend forme et se concrétise dans ces différentes préoccupations pouvant être de plusieurs ordres : physique, psychologique, sociale et environnemental ainsi que spirituel.

Anne Pellissier-Fall, dans sa thèse *Médecine, médicalisation et anticipation de la maladie*, se pose clairement la question, entre autres, sur les limites de l'anticipation de la maladie et se questionne, également, sur la frontière entre une prévention bénéfique qui préviendra des maladies dans le futur et une prévention excessive qui peut devenir négative pour la santé des individus (2003). En effet, jusqu'où peut-on aller dans la médicalisation et l'usage de technologies médicales pour anticiper la maladie sur des individus sains? Surtout, s'il est admis que ces interventions médicales peuvent avoir des effets secondaires nuisant au bien-être et à la santé de ces mêmes individus. Étant admis, également, que plusieurs facteurs sociaux influencent directement la santé d'une population, R.G. Evans et G.L. Stoddart soulignent que : « L'impact négatif qu'une distribution excessive de services peut avoir sur le bien-être est sans détour. [...] fournir des services de soins absorbe des ressources économiques qui pourraient être utilisées à d'autres fins estimables. » (1996 : 68). De plus, pour André-Pierre Contandriopoulos, l'élaboration de politiques, en ce qui concerne la santé de la population, ne peut être que décevante si l'on ne tient pas compte du fait que la santé est un concept large, complexe et paradoxal : « C'est en acceptant [ceci] qu'il sera possible, grâce à un véritable dialogue entre les sciences de la vie et les sciences sociales, de trouver ce qui, dans le social, est opérant pour améliorer la santé [...]. » (1999 : 178). L'influence non

négligeable du social sur le bien-être et la santé de l'individu vient quelque peu nuancer et contester la vision d'une santé parfaite telle que véhiculée dans les sociétés occidentales, notamment par les sciences de la vie où l'on a qu'à penser au décodage du génome et à la promesse de remplacer les mauvais gènes par de meilleurs.

Ce sujet rejoint, plus particulièrement, un des exemples d'« excès de soins » exposés par R.G. Evans et G.L. Stoddart qui mentionnent que: « [...] une des composantes importantes de la santé est la *perception* qu'a l'individu de son propre état. Un sentiment exagéré de fragilité n'exprime pas la santé, mais bien de l'hypocondrie. » Ils disent également à ce sujet que : « Insister trop lourdement sur ce qui peut aller mal, même pour faire de la 'promotion de la santé', peut provoquer une anxiété excessive et entraîner des manifestations de dépendance vis-à-vis du système de soins [...]. » (1996 : 47). Cette manifestation excessive peut également s'observer, à notre avis, dans l'usage des médecines complémentaires et des pratiques dites alternatives, tout comme dans l'usage de différentes thérapies. Quoi qu'il en soit, nous nous intéresserons à la vision et aux représentations des individus sains. Nous pourrions observer comment l'obsession de la santé parfaite liée au système de soins et aux différentes technologies médicales, entre autres, se traduit dans les vécus sanitaire et spirituel de ces individus ainsi que sur leurs représentations de la santé et de la maladie.

En ce sens, l'originalité de notre thèse est d'abord le lien que nous souhaitons faire avec l'étude du religieux contemporain, c'est-à-dire analyser le lien possible entre le vécu sanitaire et le vécu spirituel des individus et, ensuite, le fait que nous mettons davantage l'accent sur l'individu sain au sein des sociétés occidentales modernes plutôt que sur l'individu malade. En effet, en ce qui concerne le champ de l'anthropologie médicale, ce qui a été souvent analysé est le réseau de significations associé à la maladie au sein de diverses sociétés. Ces significations incluent des représentations personnelles, sociales et culturelles (Good 1994). De plus, plusieurs auteurs se sont intéressés à la relation entre le patient et le médecin et à leurs différentes représentations de la maladie (Balint 1960; Kleinman 1980; Young 1982). Les liens que l'anthropologie médicale fait avec l'aspect spirituel ou religieux sont donc souvent liés à la maladie et à sa guérison et non à la santé, et ce, souvent dans le cadre d'autres contextes que celui des sociétés occidentales. Enfin, certains anthropologues traitent également de l'aspect spirituel lié aux médecines ou pratiques dites alternatives au sein des sociétés occidentales (Rossi 2007; Gasharian 2002).

Bien sûr, les représentations de la santé sont aussi analysées en anthropologie médicale, tout comme le système de soins occidental et ses nouvelles technologies. Par exemple, le concept de bio-pouvoir³ créé par Michel Foucault en 1976 dans son livre *La volonté de savoir*, a inspiré les nouvelles études en anthropologie médicale traitant davantage du système occidental et des représentations de la santé. Didier Fassin parle d'ailleurs de la pertinence d'une anthropologie de la santé en développant plus précisément le concept de Foucault :

Le pouvoir sur la vie [...] s'exerce, on le sait, selon deux modalités : d'une part, il est une « anatomo-politique du corps humain », par laquelle des « disciplines » soumettent l'individu à des procédures le rendant apte au bon fonctionnement de la société et notamment de l'économie; d'autre part, il est une « bio-politique de la population », par laquelle des « régulations » contrôlent, à la fois par la mesure et par l'intervention, l'espèce et plus particulièrement les phénomènes liés à la naissance, à la maladie et à la mort. (2000 : 95).

L'anthropologie de la santé a justement souvent comme sujet les enjeux de pouvoirs liés aux différentes politiques de santé et à l'économie qui y est liée. Raymond Massé, par exemple, a analysé les enjeux liés à la santé publique. Plusieurs auteurs traitent, quant à eux, des problématiques liées à l'exportation du modèle sanitaire occidental sur d'autres continents et des conséquences locales et mondiales de l'application des biotechnologies (Bibeau 2004; Franklin et Lock 2003; Fulwile 1998). En ce qui concerne notre thèse, évidemment, nous ne pourrions balayer du revers de la main ces enjeux importants mais, comme nous l'avons mentionné, nous axerons notre recherche sur l'individu sain contemporain au sein de notre société. Nous voulons tenter de comprendre l'influence de la représentation d'une santé parfaite sur cet individu mais, également, de mieux comprendre l'identité de celui-ci afin de cerner comment la santé peut en venir à prendre une telle importance à ses yeux.

Margareth Lock, dans son chapitre : « Anthropologie médicale pistes d'avenir », pose la question suivante : « [...] pourquoi, dans notre société contemporaine, sommes-nous si nombreux à sembler croire que nous pourrions mieux maîtriser notre vie grâce aux prédictions

³ « Ce qu'on pourrait appeler le « seuil de modernité biologique » d'une société se situe au moment où l'espèce entre comme enjeu dans ses propres stratégies politiques. L'homme, pendant des millénaires, est resté ce qu'il était pour Aristote : un animal vivant et de plus capable d'une existence politique; l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question. » Dans : Michel Foucault, *La volonté de savoir*, 1976, cité dans FASSIN, Didier. « Entre politique du vivant et politique de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, vol.24, n° 1, 2000, p.95-116.

sur l'avenir de notre santé [...]. » (2005 : 456-457). C'est une question pertinente pour notre présente recherche, puisque ce que nous voulons faire c'est aborder la problématique de l'obsession de la santé parfaite en partant de l'intérieur de l'individu, suite à une analyse de son expérience personnelle et de son vécu lié à la santé, plutôt qu'à une analyse, par exemple, des différents enjeux de pouvoirs politique et économique et d'un possible contrôle social liés aux politiques de la santé. De plus, nous croyons qu'en nous intéressant à l'intériorité de l'individu moderne, nous pourrions nous approcher davantage du rapport spirituel hypothétique que celui-ci pourrait entretenir avec la santé.

À cet effet, nous remarquons que la santé génère souvent, chez les chercheurs ou certains chroniqueurs dans divers médias, des rapprochements avec des notions religieuses telles que la divination, le rituel et l'immortalité. Par exemple, selon Margaret Lock, la gestion du risque liée à la santé ressemble à une nouvelle forme de divination. (2005 : 457). Pour Bernard Dumont, directeur de la revue *Catholica*, la santé parfaite s'inscrit dans trois cadres principaux : la technique, l'américanisation et la sécularisation. Il dira : « [...] l'idéal d'une 'spiritualité' sans Dieu, sans dogmes, sans morales autre qu'individuelle, si elle n'aboutit pas obligatoirement à la quête de la 'parfaite santé', est cependant très adaptée à elle, sous son aspect de succédané de quête de l'immortalité. » (2001 : 470). Lucien Sfez décrit, quant à lui, les nouveaux discours de la science, des biotechnologies, des écotechnologies et de toutes technologies du corps. Il dira de ces nouveaux discours et pratiques qu'ils : « [...] organisent à nouveau le sens, ou plutôt qu'ils le produisent, s'érigeant en utopie scientifique. » Selon lui, nous sommes à l'ère d'une bio-éco religion. (2001 : 13). Enfin, dans le journal *Le Devoir* de l'édition du 2 juillet 2006, Carole Vallières, dans son article « La religion santé », pose la question suivante : « Allons-nous au gym comme on allait à l'église autrefois, un nouveau rituel qu'on pratique par obligation en ayant placé la santé sur l'autel de notre individualisme (qui est, quant à moi, la religion suprême de notre époque)? » Ces rapprochements, entre santé et religion ou spiritualité, sont tous intéressants en ce qui a trait à notre sujet de recherche mais ils n'ont pas fait l'objet, jusqu'ici, d'une analyse en profondeur. C'est donc ce que nous voulons tenter d'explorer par l'entremise d'une étude de terrain menée auprès d'individus sains rencontrés dans notre société. Ceci constitue une autre originalité liée à notre approche anthropologique qui permettra la compilation de données empiriques sur le sujet.

Avant d'effectuer notre étude de terrain, notre hypothèse de départ était liée à la possibilité de voir émerger actuellement une nouvelle spiritualité liée à la quête de santé et au fait que nous

croyions que, dans un contexte où l'idée de santé parfaite prévalait, la frontière entre santé et maladie pouvait devenir floue. Dans le cadre de nos recherches passées, effectuées auprès des femmes habitants en région au Québec⁴ ainsi qu'auprès des villageois de Brienz en Suisse⁵, entre autres, il avait été démontré que notre perception de la santé jouait un rôle important sur notre état de santé et de bien-être, ce qui faisait que certains individus malades en venaient parfois à avoir une meilleure perception de leur état de santé que celle des individus sains. En d'autres termes, la santé parfaite est impossible à atteindre et plusieurs paradoxes existent en ce qui concerne cette représentation de la santé, ou encore, cette pression liée à la santé. Pression qui pourrait devenir envahissante et angoissante plutôt que salvatrice. De plus, l'identité même de l'individu sain était peut-être compromise, dans un contexte où la normalité est de plus en plus difficile à atteindre. C'est en ce sens que nous avons avancé l'hypothèse que cette utopie de la santé parfaite pouvait contribuer au fait que certains individus sains puissent entretenir une angoisse vis-à-vis de leur état de santé qui, par le fait même, viendrait les priver d'un certain état de bien-être lié à une bonne santé en général. Dès lors, une nouvelle forme de spiritualité liée à la santé pourrait émerger du fait de telles conséquences associées à l'obsession de la santé parfaite.

À cet effet, nous croyions même que l'état de santé parfaite ne pouvait se réaliser que par ce cheminement spirituel, ou du moins, que ce cheminement avait une part primordiale à jouer vis-à-vis des perceptions que les individus avaient de leur santé. La nouvelle spiritualité liée au vécu de la santé pourrait ainsi devenir un outil efficace pour les individus qui tentent de répondre aux nouvelles exigences ou désirs encourus, actuellement, par la complexification de la définition de la santé. Toutefois, cette affirmation ne signifiait pas d'emblée que cette nouvelle spiritualité leur permettrait d'accéder réellement à un mieux-être; celle-ci pourrait faire partie intégrante d'un ensemble de préoccupations liées à une représentation d'une santé parfaite qui viendrait plutôt accentuer un souci ou un devoir de se soucier de sa santé. Nous observerons que cette hypothèse de départ s'est avérée en partie, mais avec quelques nuances, notamment en ce qui concerne l'angoisse des participants. Ce que nous observerons et commenterons clairement dans la deuxième partie de la thèse.

⁴ Recherche pancanadienne sur l'impact de la restructuration des soins sur la santé des femmes en milieu rural, Université d'Ottawa et Université McMaster.

⁵ Diplôme de spécialisation post grade en ethno-anthropologie (DSPG) de l'Université de Neuchâtel en Suisse.

Afin de vérifier cette hypothèse, comme nous l'avons déjà brièvement mentionné, nous avons opté pour l'adoption d'une méthodologie qualitative de type phénoménologique comportant une étude de terrain menée auprès d'individus sains contemporains et, à des fins comparatives, auprès d'un plus petit nombre d'individus atteints d'une maladie chronique. Nous avons également, en cours de recherche, fait une étude de terrain auprès d'individus faisant partie d'une Église de type *Interfaith*, qui nous a permis de compléter notre recherche de terrain principale. Nous expliquerons les détails de cette méthodologie dans la deuxième partie de notre thèse qui a trait principalement à notre analyse de terrain. Mais nous pouvons conclure en disant que nous avons bien observé un lien prégnant entre le vécu sanitaire et le vécu spirituel des individus interrogés menant, selon notre analyse, à une nouvelle expression de la foi, « la voie de l'intériorité responsable ». Cette expression de la foi s'inscrit dans une nouvelle modalité du croire que nous avons nommé la « foi sans abri » et qui illustre le fait qu'un nombre important d'individus, étant liés à une institution religieuse ou non, construisent leur religion, leur spiritualité ou leur philosophie selon leurs expériences et leurs valeurs, entre autres. Nous y reviendrons donc, particulièrement, dans la deuxième et troisième partie de notre thèse. Mais avant de nous lancer dans notre étude de terrain, nous avons débuté notre thèse en effectuant une analyse de la littérature sur différentes composantes de notre sujet d'étude.

La première partie de notre thèse s'inspire de l'expression de Christopher Lasch, sociologue américain, qui parle de la « sensibilité thérapeutique » de l'individu contemporain. C'est une expression qu'il a expliquée en 1979, dans son livre *Le complexe de Narcisse. La nouvelle sensibilité américaine*, et qui signifie non pas que l'individu moderne est plus sensible aux effets des nouvelles thérapeutiques mais bien qu'il cherche de plus en plus à avoir accès à de nouvelles formes de thérapeutiques diverses. Cette nouvelle sensibilité viendrait en partie, selon l'auteur, d'un détachement de l'individu moderne d'avec la sphère du politique et de l'engagement social qui en découle. D'où un retour sur un souci de soi plus accentué que par le passé. Enfin, nous croyons que cette expression est particulièrement à propos, ici, puisque le but de la première partie de la thèse est de cerner le contexte d'émergence de l'obsession de la santé parfaite, ainsi que d'approfondir notre compréhension de l'identité de l'individu moderne par l'analyse des représentations de la maladie et de la santé ainsi que de leur vécu. Soulignons que cette quête de la santé parfaite pourrait se caractériser, justement, par la quête incessante de cures diverses, ce qui s'apparente au concept de sensibilité thérapeutique observé par Lasch. Il est à noter ici que nous avons effectué un retour historique, nécessaire,

de trente à quarante ans, ce qui nous mène aux années 70, afin de mieux comprendre la signification de la santé parfaite, son émergence ainsi que la nouveauté de ce phénomène. D'ailleurs, nous avons pu remarquer que cette période historique était cruciale pour l'analyse de notre sujet d'étude.

Dans le premier chapitre de la thèse, nous allons aborder les changements technologiques dans le domaine de la médecine selon trois axes principaux : la médicalisation versus le processus de démedicalisation, l'efficacité des méthodes diagnostiques (la médecine prédictive liée à la génétique) et les soins palliatifs. Le but est de cerner le contexte d'émergence de ces nouvelles technologies médicales ainsi que leurs influences sur le rapport que l'individu entretient avec la maladie. Ces nouvelles technologies amènent un nouveau rapport à la maladie et de nouvelles possibilités en ce qui concerne le maintien de la santé, ou encore, la gestion du risque d'être atteint de maladies diverses. Ce qui nous entraînera, également, vers l'analyse d'un nouveau rapport à la santé, ultérieurement. Santé et maladie étant des réalités particulièrement liées, nous ne pouvons prétendre analyser le rapport que l'individu contemporain entretient avec sa santé sans analyser en amont son rapport à la maladie. C'est pourquoi nous débutons notre thèse par l'analyse du rapport à la maladie, pour aller vers le rapport à la santé dans le troisième chapitre.

Nous avons souhaité commencer par une réflexion sur les paradoxes liés aux conséquences des sciences et des technologies médicales ainsi que sur l'idée de progrès qui en découle. D'un côté, il y a l'enrayement des maladies infectieuses, l'augmentation de l'espérance de vie, une société assainie et une quête croissante de la santé parfaite. De l'autre, l'élargissement du champ médical ayant pour conséquence la médicalisation de comportements considérés comme déviants (ex. l'hyperactivité) et de certains processus naturels de la vie (ex. la ménopause), ainsi que l'augmentation des maladies chroniques, dégénératives et des cancers. L'hypothèse que nous voulons démontrer dans le premier chapitre est que, selon nous, l'accroissement des technologies médicales peut contribuer à générer un besoin spirituel chez les individus atteints d'une maladie. Afin d'illustrer notre propos et de mieux cerner le rapport spirituel que certains individus entretiennent avec la maladie, nous avons analysé quatre études de cas individuels. Toutefois, les individus atteints d'une maladie chronique ou inexpliquée ne feront pas partie des groupes principalement interrogés dans le cadre de notre recherche. Si nous débutons par l'analyse d'un nouveau rapport à la maladie créé actuellement, en partie, par l'émergence de nouvelles technologies

médicales spécifiques c'est que, selon nous, cela nous ouvre la porte à l'analyse d'un nouveau rapport à la santé ainsi qu'à une nouvelle sensibilité spirituelle.

À cet effet, dans le deuxième chapitre, nous analyserons plus précisément le parcours de Yannick, un individu séropositif qui, des suites de ce diagnostic, s'est converti au bouddhisme. Cela nous permettra d'approfondir le lien entre le vécu de la maladie et celui de la spiritualité. Nous découvrirons qu'un flou peut exister dans les représentations de la notion de ce qui constitue un individu sain ou un individu malade au sein de notre société, ce que nous avons pressenti dans l'élaboration de notre hypothèse de départ et qui nous mènera au troisième et dernier chapitre de notre première partie dans lequel, afin d'approfondir le rapport que l'individu entretient avec la santé actuellement, nous nous sommes posés les questions suivantes à savoir : qui est l'individu moderne?, quelle est son identité? Nous voulions comprendre pourquoi l'individu contemporain a une sensibilité thérapeutique accrue ou relativement accrue et si ce vécu particulier de la santé pouvait se lier à son vécu spirituel. Comment cet individu peut-il en venir à être obsédé par sa santé ou par la santé. C'est dans ce chapitre que nous passerons de l'analyse du vécu et de l'identité de l'individu atteint d'une maladie vers l'analyse de l'identité et du vécu de l'individu sain. Nous voulions brosser un portrait de l'individu actuellement en quête de santé afin de voir s'il y avait une réelle correspondance avec les individus que nous allions interroger par la suite dans notre étude de terrain. Le concept de Lasch nous a été particulièrement utile dans ce chapitre, afin de limiter notre analyse. En effet, analyser l'identité de l'individu moderne est un travail d'envergure possédant plusieurs facettes. Le concept de Lasch nous a aidés à demeurer dans l'étude du rapport à la santé et aux thérapeutiques diverses. C'est ce rapport particulier que nous avons voulu y analyser.

À la suite de cette première partie de la thèse, une seconde partie correspondra à la méthodologie (chapitre IV) et à l'analyse des données de terrain. Plus précisément, en ce qui concerne notre analyse, nous verrons comment la santé devient un marqueur identitaire important chez nos participants ainsi qu'un guide potentiel dans leur existence (chapitre V); nous analyserons également les représentations de la santé et de la maladie et observerons qu'actuellement la frontière entre ces deux vécus devient plus perméable (chapitres VI et VII); enfin, nous terminerons cette deuxième partie de notre thèse en analysant l'émergence d'une nouvelle spiritualité alliant les vécus sanitaire et spirituel : la voie de l'intériorité responsable (chapitres VIII et IX). Ensuite, une troisième partie, quant à elle, se déclinera en

deux chapitres finaux venant ouvrir nos conclusions de recherche à d'autres données pertinentes. Le premier chapitre de cette partie sera lié à notre étude de terrain secondaire qui a trait aux individus interrogés dans le cadre d'une recherche que nous avons réalisée auprès des membres d'une Église de type *Interfaith*. Nous y avons fait plusieurs observations participantes liées, notamment, à certains rituels clés au sein de l'Église et nous y avons interrogé quatre personnes. Cette recherche s'est faite en collaboration avec le Groupe de recherche diversité urbaine (GRDU) de l'Université de Montréal et elle s'inscrit dans le cadre du projet « Pluralisme et ressources symboliques : les nouveaux groupes religieux au Québec ». Dans ce chapitre, nous allons nous servir de cette recherche afin de démontrer que la nouvelle expression de la foi que nous avons observée dans le cadre de notre étude de terrain, la voie de l'intériorité responsable liant cheminement sanitaire et spirituel, s'institutionnalise. Ce qui accentue notre principal constat à l'effet que, bien qu'individuels, ces cheminements liés à cette expression de la foi qui s'exprime dans le cadre d'une modalité du croire particulière que nous avons nommé la foi sans abri et qui s'abreuve à la source de différentes traditions religieuses et spirituelles, contribuent à façonner une identité spirituelle nouvelle nous éclairant sur les croyances et les valeurs collectives ainsi que sur les règles de sociabilité dominantes au sein de notre société. Ce qui aura déjà été mis de l'avant dans le troisième chapitre de la thèse et qui a été clairement vérifié lors de notre analyse de terrain. En fait, ce chapitre illustre un exemple de « transférabilité »⁶ possible de nos résultats de recherche.

Enfin, dans le dernier chapitre de notre thèse, nous souhaitons mettre de l'avant un exemple d'apport possible d'approfondissement des connaissances liées à la voie de l'intériorité responsable en nous servant précisément du travail de recherche que nous effectuons présentement pour les facultés de médecine et de théologie et d'études religieuses de l'Université de Sherbrooke et qui a trait à la dispensation et à l'organisation des soins et des services spirituels sur le territoire du RUIS (Réseau universitaire intégré de santé)⁷ de Sherbrooke. Nous apporterons des spécifications sur certains éléments discutés en première

⁶ Selon Mukamurera, Lacourse et Couture ce processus est « la capacité d'une recherche [ses conclusions] à faire sens ailleurs. » (2006 :129).

⁷ « Les [Réseaux Universitaires Intégrés de Santé \(RUIS\)](http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=86)* sont de nouveaux territoires de référence au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces quatre réseaux sont respectivement rattachés aux universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke. Les RUIS ont été créés afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements. » Tiré du site Internet : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=86 (consulté le 31 janvier 2014).

partie à la lumière de l'analyse des données de notre étude de terrain et nous démontrerons les apports possibles de mieux saisir le vécu lié à la voie de l'intériorité responsable au sein de notre société, notamment dans différents domaines liés à la santé dont la promotion de la santé et la prévention ainsi que l'intérêt pour les soins spirituels dans les établissements de santé.

En terminant, nous voulons spécifier clairement les limites de notre recherche afin d'éviter toute confusion en ce qui a trait à notre sujet, notre problématique et le but de notre thèse. La limite la plus importante, à notre avis, est la limite de l'analyse des enjeux économiques liés à l'émergence des nouvelles technologies médicales et pharmaceutiques et à leurs enjeux sociaux et politiques. Nous ne pourrions, d'ailleurs, balayer du revers de la main les enjeux économiques cachés sous le phénomène de l'obsession de la santé parfaite. Toutefois, nous avons choisi d'aborder ce sujet en analysant le vécu individuel lié à la quête de santé. L'individu est donc au centre de la recherche. Évidemment, cet individu fait partie d'une société particulière où il existe certaines tensions politiques et économiques influençant certainement son rapport à la santé. Mais analyser vraiment en profondeur les enjeux politiques et économiques des technologies médicales et pharmaceutiques nous amènerait vers l'élaboration d'une seconde thèse qui, d'ailleurs, pourrait se retrouver davantage dans le domaine du politique ou de l'anthropologie de la santé pure, que de celui de l'étude du religieux contemporain. Il est toutefois évident, également, que les lieux de pouvoirs, l'économie et les médias influencent le comportement des individus et leurs représentations de la santé, ce que nous soulignerons certainement, particulièrement dans les premiers chapitres de la thèse et dans l'analyse de notre étude de terrain.

Une autre limite importante, puisque nous parlons d'individus, est la limite de l'analyse psychanalytique. En effet, dans notre troisième chapitre, nous approfondirons le rapport que l'individu contemporain entretient avec la santé et les différentes méthodes thérapeutiques qui se caractérisent souvent par des psychothérapies ou des psychanalyses diverses. Nous ne pourrions toutefois aller au fond des choses en ce qui concerne l'analyse psychanalytique de l'individu contemporain, le but étant seulement de comprendre d'où vient la sensibilité thérapeutique de cet individu et comment il peut en venir à une obsession liée à la santé parfaite. Notre but n'est donc pas de retracer l'histoire de la psychanalyse ainsi que ses évolutions à travers les différents troubles psychologiques qui sont apparus ou disparus au fil du temps. Nous voulons analyser, particulièrement dans le troisième chapitre de la thèse, les

troubles psychologiques relativement modernes afin de comprendre leur lien possible avec l'obsession de la santé parfaite actuelle. Nous sommes également conscients de l'importance que revêt le dictionnaire psychiatrique *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) de l'American Psychiatric Society actuellement, notamment en ce qui concerne l'élargissement du concept de maladie. Selon les termes de Raymond Massé, on y « identifie une quantité toujours plus grande de désordres psychiatriques, qui deviennent autant d'objets individualisés d'intervention clinique. » (2007 : 540). Selon Dominique Forget, journaliste pour le magazine *L'actualité*, la dernière version du DSM, le DSM-5⁸ publié en mai 2013, comporte 300 maladies répertoriées comparativement à 182 troubles mentaux répertoriés en 1968 dans le DSM-II. Selon le Dr Frances, cité dans l'article, le DSM devient trop influent pour déterminer qui est malade et qui est sain dans notre société: « À chaque version, on a élargi le territoire de la pathologie. L'intention n'était pas mauvaise mais on se retrouve avec un manuel à partir duquel à peu près n'importe qui peut être reconnu comme ayant un problème de santé mentale. Les sociétés pharmaceutiques, souligne-t-il, ont été les premières à tirer profit de cette multiplication des diagnostics. » (2013 : 56). Les enjeux économiques sont clairs, ici. Mais, dans le cadre de cette thèse, nous tenterons de comprendre comment cette sensibilité thérapeutique, tant individuelle que sociale, forge ou influence l'identité de l'individu contemporain, pour en arriver à mieux saisir le lien entre les vécus sanitaire et spirituel de celui-ci. Au final, nous observerons d'ailleurs, sans contredit, que ces vécus, bien qu'individuels, sont définitivement influencés par leur société propre, avec pour résultat que l'émergence de l'intériorité responsable comme nouvelle forme de spiritualité contemporaine ne serait possible sans cette influence sociale particulière. Les domaines de l'anthropologie médicale et des études liées au religieux contemporain s'allient donc clairement dans le cadre de cette thèse de doctorat.

⁸ Il n'y a pas de numérotation en chiffres romains pour cette dernière édition du DSM.

PREMIÈRE PARTIE

**« L’obsession de la santé parfaite »
et son lien avec la spiritualité**

CHAPITRE I

Le rapport contemporain à la maladie dans les sociétés occidentales

Ce premier chapitre propose une réflexion sur les sciences et les technologies mises de l'avant, ces quarante dernières années, dans le domaine de la médecine. Notre principale interrogation porte sur leurs conséquences possibles, en ce qui concerne le rapport que les individus entretiennent avec la maladie. Selon nous, les sciences et les technologies médicales pourraient contribuer à générer un besoin spirituel chez les individus malades, ce qui sera au cœur de notre analyse ici. D'abord, nous nous intéresserons aux avancées des sciences et des technologies médicales au sein des sociétés contemporaines, et plus précisément au phénomène de la médicalisation, à la médecine prédictive et aux soins palliatifs. Ensuite, nous analyserons le rapport spirituel que l'individu entretient avec la maladie, à l'aide d'études de cas. Nous nous intéresserons particulièrement aux individus atteints de maladies chroniques, dégénératives ou de cancers ainsi qu'aux individus atteints de troubles qui demeurent inexpliqués dans le domaine médical traditionnel.

Spécifions que, dans le cadre de ce chapitre, nous préférons le terme de spiritualité à celui de religion, puisque le terme de religion fait souvent référence à des formes de croyances et de pratiques religieuses collectives davantage institutionnalisées, notamment en ce qui concerne les définitions biomédicales de la spiritualité, selon Guy Jobin (2012 : 37), où la distinction entre spiritualité et religion est claire dans l'étude des manuels de formation en psychologie, médecine, service social et soins infirmiers :

La spiritualité apparaît comme une dimension essentielle et intrinsèque de tout être humain, c'est par là qu'elle est universelle. À l'opposé, les religions manifestent toutes, à divers degrés, un caractère relatif et historique. Contrairement à la spiritualité qui est une dimension humaine fondamentale, les religions ont été façonnées par les forces et les aléas de l'histoire. Elles sont des créations humaines alors que la spiritualité est une composante intrinsèque de l'être humain. (2012 : 16).

Dans le contexte actuel d'éclatement des repères religieux, la spiritualité devient effectivement, parfois, un vécu plus personnel que communautaire, bien qu'à notre avis il soit indéniable que le vécu spirituel personnel soit lié aux règles de sociabilité dominantes dans la société et que nous ne pouvons réduire notre compréhension du phénomène à l'expérience individuelle, ce que nous analyserons dans les chapitres suivants. Mais pour ce qui nous intéresse ici, le terme de spiritualité semble plus représentatif des différents construits idéologiques pouvant advenir à la suite d'événements traumatisants ou difficiles comme la maladie. Les individus malades constituant nos études de cas étaient souvent agnostiques ou athées avant l'arrivée de leur maladie et la spiritualité à laquelle certains adhèrent maintenant est plutôt de l'ordre d'une philosophie de vie que d'une religion instituée. En fait, dans le cadre de notre thèse, l'analyse de McCarroll, St.James O'Connor et Meakes (2005) sur la pluralité des définitions de la spiritualité dans plusieurs bases de données liées aux systèmes de soins et à la santé (MEDLINE, CINAHL, Sociofile, HealthSTAR, and PsycLIT) sera notre point de référence. Ils arrivent en effet à la conclusion suivante :

The definitions of spirituality in the literature reveal that there is both openness and energy as well as confusion and discrepancy around the topic of spirituality. Spirituality can be discussed, experienced, recognized, and even defined from many angles. [...]. As mystery, spirituality in its essence is humanly incomprehensible and uncontrollable. It is of a different order than other things in human experiences and, therefore, cannot be univocally contained and defined by human language; it can only be described. From this perspective, pluralistic dynamism in definitions of spirituality is considered to be the most honest description. (2005 : 48).

Dans le cadre de notre thèse, au-delà de ce premier chapitre qui concerne davantage le rapport à la maladie, nous ne voulions partir d'aucune définition préalable de la spiritualité pour illustrer notre propos et construire notre analyse du vécu de la santé et de la spiritualité. Comme nous le verrons, les récits de nos participants constituent le matériel central de notre recherche et il était donc impératif pour nous de ne pas influencer les propos des personnes interrogées en les restreignant à une définition quelconque.

Maintenant, afin de bien comprendre l'apport des sciences et des technologies, nous devons nous rappeler que les avancées majeures dans le domaine médical, au cours du dernier siècle, sont principalement liées à l'enrayement des maladies infectieuses. En effet, grâce aux

vaccins et aux antibiotiques, certaines maladies infectieuses ont disparu ou sont actuellement contrôlables, n'ayant plus une issue fatale pour le malade. Bien sûr, l'amélioration des conditions de vie et de l'hygiène en domaine hospitalier a contribué également, en grande partie, à l'enrayement de ces maladies. Il s'en est suivi une prolongation considérable de l'espérance de vie des individus dans les sociétés occidentales. Ce qui a grandement changé la pratique médicale des médecins, puisque leurs patients avaient maintenant d'autres types de maladie.

Maurice McGregor, qui a été professeur à la faculté de médecine de l'Université McGill, entre autres, spécifie que la pratique de la médecine a connu une révolution technologique exponentielle de 1940 à 1980. Selon lui, dans les années 40, les médecins faisaient face à des patients atteints de maladies aiguës, souvent fatales (pneumonie lobaire et diphtérie, entre autres). De plus, les outils utilisés pour l'élaboration d'un diagnostic, comme le stéthoscope et la radiographie, étaient particulièrement simples comparativement à aujourd'hui. En seulement quarante ans, les médecins ont vu leurs patients devenir de trente à quarante ans plus âgés et souffrir principalement de maladies dégénératives et de cancers. De plus, les avancées technologiques ont particulièrement « [...] modifié l'attitude de la médecine face aux maladies auxquelles elle avait alors affaire. » (1985 : 386). En fait, les maladies que les médecins devaient auparavant accepter avec résignation, telles que le cancer et l'accident vasculaire cérébral, entre autres, étaient maintenant maîtrisables technologiquement. Les méthodes diagnostiques sont devenues de plus en plus précises et les prouesses chirurgicales pouvaient aller jusqu'à rectifier, voire remplacer un organe faisant défaut. Donc en 1980, selon McGregor, on ne reconnaissait plus les activités poursuivies dans les hôpitaux des années 40.

Il y a trente ans, la pratique de la médecine avait donc déjà beaucoup changé, et ce, rapidement. Mais il n'y a pas que la pratique médicale qui avait changé. Le progrès fulgurant qu'ont connu les sciences et les technologies médicales depuis les années 40 ont apporté des changements en ce qui concerne notre définition de la maladie. Nous analyserons, à cet effet, le concept de médicalisation apparu principalement dans les années 70. Selon Peter Conrad, sociologue, il y a eu élargissement du champ médical. La médecine traite actuellement des comportements considérés comme déviants ainsi que certains processus naturels de la vie comme l'hyperactivité, la maternité et la ménopause, ce qui vient changer considérablement notre représentation de la santé et de la maladie. De plus, les maladies chroniques sont à la

hausse, ce qui entraîne également une médicalisation et une prise en charge médicale à long terme.

Enfin, ce qui attirera également notre attention, c'est « le passage d'une intervention de type curatif à une intervention de type palliatif », pour emprunter les termes à Catherine Deschamps-Le Roux, sociologue ayant étudié l'impact des technologies médicales sur la qualité de vie des individus (2002 : 46). La médecine passe tranquillement de la prescription de traitements principalement curatifs vers des traitements dits palliatifs c'est-à-dire, qui accompagnent l'individu malade. Ce passage semble nécessaire puisque les maladies chroniques et dégénératives, ainsi que certains cancers, ne peuvent être guéries par la médecine actuelle. Il s'en suit donc une médicalisation et un déploiement de technologie à long terme afin d'accompagner l'individu malade. En fait, le statut de l'individu malade a changé. L'espérance de vie augmente et parfois ceci signifie qu'une personne malade peut vivre beaucoup plus longtemps. Ce fait entraînera un besoin spirituel particulier chez cette personne qui doit trouver un nouveau sens à son existence, un sens qui inclut sa maladie.

Ce chapitre s'attardera principalement à faire ressortir les paradoxes liés aux conséquences des sciences et des technologies médicales, ainsi qu'à l'idée de progrès qui en découle. D'un côté, il y a l'enrayement des maladies infectieuses, l'augmentation de l'espérance de vie, une société assainie et une quête croissante de la « santé parfaite ». De l'autre, la création de nouvelles maladies par l'élargissement du champ médical dont nous avons parlé, ainsi que l'accroissement des maladies chroniques, dégénératives et des cancers. L'augmentation de l'espérance de vie n'est pas toujours égale à l'amélioration de la qualité de vie, puisque plus d'individus vivent atteints de maladies. C'est en ce sens que nous démontrerons que les sciences et les technologies médicales, bien que voulant s'éloigner de toutes formes de spiritualités, par nature, contribuent à en créer. Les individus malades, qui ne pourront donc jamais accéder à la « santé parfaite », sont en quête d'un sens nouveau, ce que nous observerons plus précisément à l'aide d'études de cas à la fin de ce chapitre.

1. Sciences et technologies médicales

Nous allons aborder ici les changements technologiques dans le domaine de la médecine, selon trois axes principaux : la médicalisation versus le processus de démedicalisation,

l'efficacité des méthodes diagnostiques (la médecine prédictive liée à la génétique) et les soins palliatifs. Précisons que ces interventions médicales soulèvent actuellement de nombreuses questions éthiques qui viennent nous questionner sur notre vision du vivant et de la dignité humaine, ainsi que sur nos définitions de bien-être et de qualité de vie. Toutefois, la bioéthique, née des enjeux liés à l'avancement des sciences et des technologies médicales, ne sera pas notre propos principal et nous ne ferons pas une étude exhaustive de ces enjeux.

1.1 Médicalisation et extension du champ médical

D'abord, il est important de bien cerner le contexte social dans lequel évoluent les technologies médicales afin de comprendre le phénomène de la médicalisation. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, les sciences et les technologies médicales ont contribué à faire reculer considérablement les maladies infectieuses dans les sociétés occidentales. Mais cet exploit est allé de pair avec l'augmentation du niveau d'hygiène et l'amélioration des conditions de vie en général. On ne peut dissocier l'apport technologique de cet apport social. Ces changements ont apporté des modifications au niveau des types de maladies auxquelles les médecins avaient maintenant affaire : maladies chroniques, dégénératives et cancers. De plus, et c'est ce qui sera notre propos ici, le champ médical a pris de l'expansion.

Selon Peter Conrad, dans son article « Medicalization and Social Control » : « *Medicalization* describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders. » (1992 : 209). Nous pouvons constater que la médicalisation a touché particulièrement certains comportements considérés comme déviants, ainsi que certains processus naturels de la vie. À titre d'exemple, l'alcoolisme, la dépendance aux opiacés, l'hyperactivité et les troubles d'apprentissage chez les enfants, ainsi que l'accouchement, la ménopause, le vieillissement et la mort.

Brièvement, le concept de médicalisation est apparu dans le cadre des sciences sociales dans les années 70, d'abord dans le domaine de la psychiatrie où les premières études sur la médicalisation ont vu le jour, notamment, dans les travaux de Zola (1972) et Freidson (1970). Selon Claudine Herzlich et Philippe Adam : « Au XX^e siècle, la notion de médicalisation de la société traduit le fait que le 'modèle médical', fortement marqué par le savoir

psychologique, s'est imposé dans la définition et la prise en charge de nombreux problèmes publics contemporains. [...] la désignation de ces pratiques est passée, sur la longue durée, de la condamnation religieuse ou criminelle au registre médical. » (2004 : 37). En effet, selon Conrad, plusieurs facteurs sociaux ont favorisé la médicalisation au sein de nos sociétés occidentales, dont notamment : « [...] the diminution of religion, an abiding faith in science, rationality, and progress, the increased prestige and power of the medical profession, the American penchant for individual and technological solutions to problems, and a general humanitarian trend in western societies. » (1992 : 213).

Nous ne pouvons traiter, ici, de tous les impacts de la médicalisation, ainsi que de tous les facteurs qui la favorisent au sein des sociétés occidentales. Mais, pour ce qui nous intéresse, souvenons-nous qu'elle est liée en partie à la foi inébranlable en la science et au recul du religieux. Recul du religieux que nous pourrions plutôt qualifier actuellement d'éclatement du religieux, puisque nous constatons en effet que loin d'être disparu, le religieux prend simplement d'autres formes, ce qui est le sujet principal de cette thèse. Plusieurs auteurs, dont notamment Foucault et Illich, ont traité du contrôle médical que cette médicalisation entraîne puisqu'elle définit des comportements déviants et médicalise des processus naturels de la vie, elle en vient à définir ce qui est normal et pathologique chez un individu. Pour Conrad, qui paraphrase Freidson (1970): « Professional dominance and monopolization have certainly had a significant role in giving medicine the jurisdiction over virtually anything to which the label 'health' or 'illness' could be attached. » (1992 : 215).

Est-ce le progrès de la médecine en soi ou le contexte social qui a changé et contribué à cette médicalisation croissante? Encore une fois, certainement un peu des deux. Toutefois, il est indéniable qu'aujourd'hui la médecine devient un point de repère moral important dans une société où les repères religieux ont éclaté, bien que comme le précise Conrad : « [...] the interface of medicine and religion is more complex than a simple secularization thesis would suggest. » (1992 : 215). Et c'est en ce sens que la médecine génère malgré elle, et selon nous, un besoin spirituel chez les individus malades. Avec la médicalisation croissante, la normalité devient difficile à atteindre pour tout individu. C'est ainsi que certaines questions concernant le « sens du mal » deviennent primordiales pour les individus malades. Ce sens étant souvent multifactoriel, c'est précisément là où la médecine échoue à y répondre.

De plus en plus de gens entrent dans des catégories d'individus qui doivent être médicalisées. Ceci signifie que de plus en plus d'individus se retrouvent en marge de ce qui constitue la normalité au sein des sociétés occidentales. Les avancées technologiques, particulièrement pharmaceutiques en ce qui concerne la médicalisation, permettent de contrôler plusieurs comportements et processus naturels de la vie, comme nous l'avons mentionné. Selon Conrad et Schneider⁹ : « [...] in terms of medicalization 'the greatest social control power comes from having the authority to define certain behaviors, persons and things' [...]. » (1992 : 217). Ce n'est pas notre rôle de juger ici de ce qui est utile ou inutile ou encore, de trancher la question de savoir ce qui devrait être médicalisé ou non. Ce qui nous intéresse, c'est le fait que la médecine, en créant de nouveaux états pathologiques, contribue à générer un besoin spirituel chez les individus atteints, puisqu'elle est dans l'impossibilité de répondre au « sens du mal ». Le sens multifactoriel du mal, incluant les causes sociales et environnementales, entre autres, et non seulement les causes biologiques et physiologiques, lui échappe.

La médecine s'est donc substituée, en partie, à la religion pour définir les frontières de la normalité au sein de notre société¹⁰, mais le diable, l'enfer et la volonté divine ne pouvant plus expliquer cet état pathologique, il devient clair aussi qu'une explication unilatéralement biologique ou physiologique est insuffisante pour l'individu atteint. C'est à notre avis ce manque de sens, lié à différentes formes de maladies ou d'états pathologiques, qui entraîne actuellement un processus de démedicalisation, voire parfois un recours à une explication d'ordre spirituelle nouvelle. D'ailleurs, il n'appartient peut-être pas entièrement à la médecine de définir le sens de la maladie, comme le mentionnait Georges Canguilhem en 1966 en citant le docteur Jaspers, dans sa thèse sur *Le normal et le pathologique* : « Jaspers a bien vu quelles sont les difficultés de cette détermination médicale du normal et de la santé : C'est le médecin, dit-il, qui recherche le moins le sens des mots 'santé et maladie'. Au point de vue scientifique, il s'occupe des phénomènes vitaux. C'est l'appréciation des patients et des idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle 'maladie'. » (2003 : 74).

⁹ Conrad cite ici un passage du livre qu'il a rédigé avec Schneider en 1980 : *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, St. Louis, Mosby, 311p.

¹⁰ Selon Peter Conrad : « Numerous writers have suggested that medicine has 'nudged aside' (Zola 1972) or 'replaced' (Turner 1984, 1987) religion as the dominant moral ideology and social control institution in modern societies. Many conditions have become transformed from sin to crime to sickness. [...]. The argument is that secularization leads to medicalization. » (1992 : 213).

Actuellement, le phénomène qui serait peut-être davantage à analyser, et duquel on parlait déjà dans les années 70, est celui du processus de démedicalisation. En effet, ce processus, définit principalement par Fox (1977) et Strong (1979) comme une quête d'autonomie de la part des individus atteints de maladie, devient un questionnement de cette normalité, selon nous. Ce processus de démedicalisation vient nuancer les écrits de plusieurs auteurs concernant le contrôle médical par l'abus de médicalisation. Illich en est un bon exemple. Dans *Némésis médicale* (1975), il parle du concept de « médicalisation de la vie » pour amener son idée selon laquelle la médecine exerce un contrôle très important sur la vie des individus, et ce, à différents niveaux.¹¹ Toutefois, selon Catherine Déchamp-Le Roux, Fox avait répondu aux controverses soulevées par Illich en montrant que « 'le processus d'expropriation de la santé' dans la société américaine est accompagné d'une 'réappropriation de la santé' » (2002 : 76).

Selon Conrad : « Demedicalization does not occur until a problem is no longer defined in medical terms and medical treatments are no longer deemed to be appropriate solutions. » (1992 : 224). En fait, la médicalisation serait un processus bidirectionnel, entraînant toujours une démedicalisation possible. Rappelons que la définition de ce qui est normal ou pathologique est en constante mouvance. Il n'y pas si longtemps, l'homosexualité était considérée comme une maladie et non comme un mode de vie. Toutefois, toujours selon Conrad : « Given the stature and power of medicine, demedicalization is usually only achieved after some type of organized movement that challenges medical definitions and control. » (1992 : 226). Cette affirmation irait donc de pair avec le fait que depuis les années 80, on constate l'existence de plus en plus marquée d'organisations de groupes de malades. Claudine Herztlich et Janine Pierret qualifiaient, déjà en 1984, ces individus de « personnages nouveaux dans notre culture » (1991 : 270).

Nous traiterons davantage de ces groupes dans la deuxième partie du travail. Concluons simplement sur la médicalisation en disant que si la médecine, à la suite de certaines avancées pharmacologiques, entre autres, contribue à médicaliser davantage d'individus, les techniques employées peuvent être très utiles mais également contribuer au fait que de plus en plus d'individus se retrouvent en marge de la société, dû à leur état ou à leur nouvelle identité de

¹¹ N'oublions pas, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, qu'en 2004, Ivan Illich mentionnait que c'était alors la santé qui devenait le facteur pathogène prédominant et non la médecine comme à l'époque de la rédaction de *Némésis médicale* en 1975. Quoi qu'il en soit, Catherine Déchamp-Le Roux répond à ce qui est exposé dans *Némésis médicale*.

« malades ». Ces associations de patients ou de groupes de malades deviennent un autre lieu de pouvoir dans notre société, où la santé et la maladie peuvent être définies autrement que seulement de façon biologique et physiologique. De plus, la question de la frontière entre ce qui est normal et pathologique tend à être revisitée. Évidemment, si une majorité d'individus se retrouvent en marge, la normalité devra être revisitée. Ces organisations ont souvent une vision plus globale de la santé et de la maladie qui inclut généralement une définition spirituelle. Nous pourrions en conclure que la science et la technologie médicale peuvent contribuer indirectement à créer une spiritualité nouvelle ou, du moins, à accentuer un besoin spirituel chez les individus atteints de maladie.

Ce processus de démedicalisation pourrait dépasser actuellement, à notre avis, celui de la médicalisation elle-même. Les associations de patients sont souvent liées aux individus atteints de maladies chroniques et dégénératives, ainsi qu'à différents cancers. Ce sont des personnes malades qui doivent donc souvent vivre avec la maladie pour le restant de leurs jours ou sur une longue période. Comme nous l'avons mentionné, ce type de malades est en expansion dans les sociétés modernes. Les questions qui se posent maintenant ne sont plus simplement celles du traitement et de la guérison, mais celles de la prise en charge et du vécu de la maladie. Alors, plusieurs questions se posent. Des questions qui vont au-delà du diagnostic; la définition de la maladie et ces différentes représentations, tant au sein du domaine médical que social, sont en pleine transformation.

1.2 Le tout diagnostic : la réalité invisible

Selon Michel Foucault, dans la *Naissance de la clinique* (première édition en 1963), il y a déjà deux siècles que l'art médical tente de voir à l'intérieur du corps et, ainsi, d'aller au-delà de l'examen conventionnel anatomique du patient. À la fin du XVIII^e siècle, commence la dissection des cadavres et la disparition de « l'être de la maladie » (2007: 194) c'est-à-dire que la maladie n'a plus d'« essence », on la « désessentialise » en étudiant plutôt les organes et les tissus défectueux, les états pathologiques. Toujours selon Foucault : « La médecine des maladies a fini son temps; commence une médecine des réactions pathologiques, structure d'expérience qui a dominé le XIX^e siècle et jusqu'à un certain point le XX^e [...]. » (2007: 196). Donc jusqu'à aujourd'hui, cette idéologie perdure en médecine. Comme la maladie a un sens organique et physiologique, c'est le phénomène pathologique qui est étudié dans son

ensemble et non le patient. D'ailleurs, actuellement, une des conséquences des progrès scientifiques et technologiques en médecine est la spécialisation. Les soins du patient tendent donc à être eux-mêmes morcelés puisque, comme le mentionne Guy Lazorthes : « La somme des connaissances et des techniques médicales actuellement accumulées dépasse largement la capacité moyenne d'un homme. » (1997 : 398).

En effet, toujours selon Lazorthes : « La plupart des organes et des fonctions peuvent être explorés de façon très précise. » (1997 : 400). Actuellement, ce qui a particulièrement changé dans les trente dernières années, ce n'est pas tant la philosophie médicale comme les avancées toujours grandissantes des technologies médicales. Nous sommes donc, d'une certaine façon, bien loin de l'ère de la dissection des cadavres. Aujourd'hui, l'imagerie médicale va bien au-delà du rayon x, découvert en 1895. On parle de rayonnements nucléaires, d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) et d'ultrasons (échographie, par exemple). Ces différentes techniques de pointes sont principalement liées au diagnostic, dans un but d'aller toujours plus loin que l'examen clinique ne le permet et de franchir cette barrière de ce qui constitue les symptômes visibles. Comme le laissait entendre Foucault, en parlant de la médecine de la fin du XVIII^e siècle : « l'invisible devient plus signifiant que le visible. » (2007: 71).

Toutefois, Gilles Voyer, médecin diplômé en philosophie et en droit de la santé, croit qu'il y a rupture entre la clinique actuelle et celle décrite par Foucault et que cette rupture a eu lieu vers le milieu du XX^e siècle des suites, justement, de ces nombreuses percées dans le domaine des technologies diagnostiques. Dans un premier temps, il dira que dans la médecine clinique décrite par Foucault, poser un diagnostic exigeait un contact avec le patient et la mise en ordre des différents symptômes cités par celui-ci. Alors qu'actuellement : « La médiation technologique n'a pas cette exigence. Pour la médiation technologique, la pneumonie se manifeste sans discursivité. Je n'ai qu'à la voir sur la radiographie. [...] Nul besoin du discours symptomatique de la maladie. » (1996 : 48). Voici une première rupture qui pourrait être en continuité avec l'idée que la relation médecin-patient s'amenuise actuellement, du fait de ces avancées technologiques. L'entretien entre le médecin et le patient est de moindre importance, c'est la technique qui tranche.

Dans un deuxième temps, Voyer parle d'une rupture en ce qui concerne l'ancien « primat de la normalité » versus un « primat de la normativité ». Dans l'exercice clinique décrit par

Foucault, le clinicien agissait sur le corps malade dans le but d'en restaurer l'état normal qui était évalué selon une moyenne globale. Aujourd'hui, selon Voyer, le clinicien agit au cas par cas, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de rétablir un état normal qui serait le même pour tous, mais un état normatif qui ferait en sorte que l'individu puisse fonctionner dans son milieu social. Cet état pourrait varier d'un malade à l'autre, bien qu'atteints d'une maladie semblable. Ce qui fait que le clinicien qui a perdu du terrain vis-à-vis du diagnostic actuellement en récupère avec l'activité thérapeutique. En effet, à la suite du diagnostic, le clinicien a le choix entre différents traitements, selon les particularités du cas auquel il a affaire. Nous pourrions donc conclure ici que, bien que la relation médecin et patient s'amenuise et que l'on semble s'attarder davantage aux états pathologiques qu'au patient dans sa globalité, ce changement ferait en sorte de ramener une certaine vision plus globale du patient ou, du moins, légèrement plus personnalisée. Selon nous, ce deuxième constat, fait par Voyer, est directement lié à la nouvelle situation des médecins qui sont aux prises avec une majorité de maladies chroniques, dégénératives et de cancers, des maladies où il est, de toute façon, souvent impossible de rendre un état normal au patient. Donc, l'exercice clinique actuel est voué, d'une certaine façon, au changement.

Aujourd'hui, les techniques pour élaborer un diagnostic sont donc de plus en plus précises, et Lazorthes nous met d'ailleurs en garde contre le risque de perdre le « sens clinique ». Sur ce, il dira : « Le savoir, l'expérience, le bon sens, jouent toujours un rôle capital; l'interrogatoire et l'examen clinique restent des pièces maîtresses du diagnostic [...]. » (1997 : 406). L'art médical devra donc se garder de ce qu'affirmait déjà en 1937 le médecin René Leriche, cité par Lazorthes, à savoir qu'« Entraînée par un tourbillon de découvertes, la médecine est comme étourdie. Ivre d'analyses et de nouveautés, elle aspire à une minute de synthèse. Sans se l'avouer, elle a peur, elle sent le danger auquel elle ne va peut-être pas pouvoir résister : celui d'oublier l'homme qui est son objet, l'Homme total de chair et de sentiment. » (1997 : 406). D'ailleurs, plusieurs patients vont chercher cette unité en s'aidant d'une voie spirituelle pour faire face à la maladie. Ce dont il sera particulièrement question dans la deuxième partie de ce travail.

Enfin, établir un diagnostic sera toujours, tout de même, une tâche délicate et capitale pour le médecin, puisque c'est à partir de ce verdict qu'il y aura traitement et prise en charge du patient. Et, malgré toutes ces technologies de pointe, plusieurs symptômes demeurent inexpliqués. Parmi ces principaux troubles, dits inexpliqués ou partiellement inexpliqués,

ceux du côlon irritable, de la fibromyalgie et des douleurs chroniques sont souvent en tête de liste. Même si l'on nomme ces troubles de la santé, la médecine arrive difficilement à les traiter et à en définir les causes. Si nous soulignons cet aspect inexpliqué de la médecine actuelle, cette zone inconnue en quelque sorte, c'est pour mettre en lumière un autre fait qui peut influencer le rapport spirituel que l'individu entretient avec sa maladie : l'existence de « vraies » et de « fausses » maladies. François Laplantine décrit particulièrement bien ce fait en étudiant l'épistémologie de la médecine scientifique contemporaine. Pour lui, les techniques changent, mais le modèle épistémologique demeure le même depuis le XIX^e siècle : il y aurait une « biologisation croissante » du fait pathologique. Au XIX^e siècle, la méthode consistait à « ramener les propriétés vitales à des propriétés physico-chimiques » et aujourd'hui : « La pathologie contemporaine est une pathologie moléculaire [...]. » (1992 : 267). De plus, toujours selon Laplantine, le discours de la médecine scientifique contemporaine ne reconnaît rien d'autre que le biomédical, ce qui a pour résultat de créer de « vraies » et de « fausses » maladies.

En effet, comme la médecine revendique sa pleine scientificité au sein des sciences dites exactes, il y a une différenciation entre les troubles organiques, qui représentent les lésions observables et constituent la première définition de la maladie chez les médecins, et les troubles fonctionnels. Les premiers constituent donc les « vraies » maladies et les seconds les « fausses » maladies, selon Laplantine. Ce qui a pour résultat de laisser bon nombre de patients seuls avec leurs troubles : « Restant alors toutes les demandes de ces 'pseudo-malades' (sic) qui ne sont pas directement médicalisables, parce qu'il est impossible de trouver à partir de ce que dit le malade, ce discours toujours tenu comme suspect, mais aussi à partir des symptômes qu'il présente [...], une quelconque correspondance lésionnelle, parce qu'il est impossible de repérer une unité claire et distincte qui seule, dans l'espace de cette biologie appliquée qu'est la médecine, mérite le nom de maladie. » (1992 : 268). Donc malgré les techniques diagnostiques toujours plus sophistiquées, plusieurs individus malades demeurent dans la catégorie inexpliquée, et n'obtiennent donc aucun diagnostic. On voit ici apparaître l'effet inverse de la médicalisation croissante alors que certains individus sont en marge et sans réponses, puisqu'ils ont de toute évidence une « maladie imaginaire », une maladie qui n'existe pas.

La médecine scientifique contemporaine laisse donc nombre de patients dans le noir, puisque leurs symptômes ne répondent pas à l'explication scientifique de la maladie. Toutefois, elle

tente tout de même d'expliquer ces troubles de la santé à l'aide de certains concepts. Le concept qui sera le plus souvent employé en guise de réponse est celui de « somatisation » qui est sujet à discussion au sein du corps médical. Kellner, par exemple, le définit comme suit : « This is a term that has been used to describe a subconscious process by which a patient translates emotional distress into bodily complaints. A more recent usage [...] is the presentation of somatic symptoms in the absence of disease or tissue damage, regardless of the diagnostic category. » (1991 : xi). McWhinney *et al.* (1997) tentent, quant à eux, d'apporter plusieurs issues conceptuelles afin d'expliquer la détresse somatique sans anormalités physiques apparentes. Ils présentent plusieurs modèles dont, notamment, le modèle biopsychosocial, qui se voit par contre remis en question par Butler *et al.*, qui affirment effectivement que : « An exploration of the concept of somatization suggests that the biopsychosocial model has not adequately addressed important anomalies associated with the previous biomedical paradigm. The biopsychosocial model is unsatisfactory because it remains essentially within the analytic philosophical tradition. In the 'interpretivist' philosophical tradition, human experience is inherently 'bodily'. » (2004 : 219). Nous constatons sommairement, donc, que les symptômes inexpliqués sont sujets à discussion au sein du corps médical et que, bien qu'il existe des concepts clés servant à les expliquer, ils ne demeurent toujours que partiellement compris.

Mais que fait alors le patient? Très souvent, soit il se retrouve en psychiatrie, soit il se tourne vers d'autres techniques de soin. Le but étant toujours, mis à part de mettre fin aux symptômes indésirables, la quête de sens. Lorsqu'il y a diagnostic, il y a déjà une explication, mais lorsqu'il n'y a pas de diagnostic ou que les causes et le traitement de ces troubles demeurent inexpliqués, ces individus pourraient, encore une fois, trouver une réponse d'ordre spirituel.

1.2.1 Nouveau défi, nouvel espoir : la médecine prédictive

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les techniques diagnostiques se perfectionnent toujours davantage actuellement. Mais voilà, comme nous le savons, ces techniques vont bien au-delà du simple diagnostic immédiat. Il est question ici de l'anticipation de la maladie. Nous pouvons le voir fréquemment avec l'échographie chez les femmes enceintes, par exemple, où il est question d'établir un diagnostic prénatal. Mais le perfectionnement des techniques d'imagerie, entre autres, permet également de dépister des

lésions précancéreuses ou encore de découvrir des anomalies qui pourraient constituer un risque de maladie future pour l'individu. Dans cette partie, nous voulons justement nous intéresser à cet aspect de la médecine actuelle qu'est la médecine dite prédictive. Selon plusieurs chercheurs et médecins, cette médecine sera celle du XXI^e siècle.

Même si prédire les maladies est un vœu qui remonte jusqu'au temps d'Hippocrate, cette réelle capacité est récente. La médecine prédictive a vu le jour il y a environ trente ans, à la suite des avancées de la biologie moléculaire, de l'hématologie¹² et de la génétique. Soulignons que, tel que mentionné dans l'ouvrage de Lazorthes, il y a une différence entre la prédiction des maladies, ce qui correspond au diagnostic prénatal et la prédiction de la prédisposition aux maladies, qui correspond à « l'individualité biologique » (1997 : 397). Dans le deuxième cas, la médecine prédictive est en quelque sorte une médecine individualisée qui permet de faire une prévention personnalisée. Cette médecine analyse les prédispositions héréditaires d'un individu à certaines maladies, ce qui permet d'évaluer le risque de leur apparition et donc de faire une prévention spécifique à cet individu. C'est particulièrement ce deuxième cas qui nous intéresse ici.

Anne Pellissier-Falls, dans sa thèse sur la *Médecine, la médicalisation et l'anticipation de la maladie*, mentionne deux types de diagnostics prédictifs : les diagnostics présymptomatiques et les diagnostics probabilistes de prédisposition. Les premiers sont liés à la détection d'un gène chez l'individu qui indique un risque élevé, pour celui-ci, de développer la maladie à laquelle il est lié. Généralement, ce type de diagnostic annonce des maladies graves, dont la maladie de Huntington¹³, par exemple. À la différence de ces diagnostics, les diagnostics probabilistes de prédisposition annoncent des maladies moins graves, mais qui risquent de toucher davantage d'individus, comme les affections cardiovasculaires, les diabètes, certains cancers et divers troubles neuro-psychiatriques. Ces maladies sont multifactorielles et ne sont pas liées qu'à un gène spécifique, comme dans le cas de la maladie de Huntington, mais à plusieurs gènes et, également, à l'environnement de l'individu. Anne Pellissier-Falls dira de ces diagnostics qu'ils : « [...] indiquent généralement un risque bien plus faible que celui que permettent d'évaluer les diagnostics présymptomatiques, et ce justement parce que la « disposition » pointée n'est qu'un élément qui participe parmi d'autres au possible

¹² Jean Dausset et son système HLA (Human Leucocyte Antigen) : « J. Dausset, dès les années 50, supposa que les globules blancs étaient porteurs d'antigènes spécifiques [...] qui ont une responsabilité dans le rejet des greffes d'organes [...]. » (1997 : 397).

¹³ Affection neurologique de dégénérescence grave, apparaissant chez les individus âgés de 35 à 50 ans.

déclenchement ultérieur de la maladie [...]. » (2003 : 207). Toutefois, elle affirme également que : « Les diagnostics présymptomatiques annoncent des maladies généralement graves, contre lesquelles la médecine peut ou non lutter et indiquent des risques plus ou moins importants avec une plus ou moins grande certitude quant à la forme que la pathologie prendra. » (2003 : 198).

Sur ce, nous pouvons constater d'emblée la relativité de ce progrès médical. Peut-être que le terme est un peu fort puisque, bien sûr, la médecine n'en est qu'aux prémises dans l'élaboration de cette nouvelle médecine prédictive. Mais il n'en demeure pas moins qu'actuellement nous pouvons nous poser la question que plusieurs chercheurs se posent, à savoir si cette médecine ne contribuerait pas simplement à multiplier les tests médicaux chez des individus sains. De plus, même si la médecine détecte un risque de développer certaines maladies graves, comme nous l'avons mentionné, elle n'est pas toujours en mesure de les traiter, voire, de les prévenir. Alors, qu'est-ce que cela signifie pour l'individu de savoir qu'il sera peut-être atteint dans le futur de cette maladie? Et, en somme, est-ce que cet individu ne risque pas davantage de mourir d'un accident de voiture ou même de vieillesse, puisqu'il existe aussi le risque que l'individu ne développe jamais la maladie?

Si nous posons ces questions, c'est que nous croyons que cette nouvelle médecine joue un rôle important dans le rapport spirituel que l'individu entretient avec la maladie. La question de la normalité est encore en cause. En fait, cette médecine nous annonce peut-être que nous sommes tous des malades potentiels et nous renvoie ainsi à notre finitude certaine. De plus, l'utopie de la santé parfaite – ce rêve pour certains – pourrait être accentuée par la pratique de la médecine prédictive. Lucien Sfez, qui œuvre dans le domaine des sciences politiques, entre autres, discute de ces avancées d'une façon plutôt négative et parle d'une médecine prédictive « totalisante » qui projette une utopie dans le futur des individus. Il dira : « Naissance d'un homme qui serait en 'grande santé', c'est-à-dire à qui une 'prescription' ôterait toute maladie héréditaire avant même qu'il soit né et toute prédisposition à jamais tomber dans quelque autre maladie. Prescription au sens médical, bien sûr, mais qui aurait ceci de particulier que, loin de soigner après coup, elle soignerait *a priori*, en l'absence de tout symptôme. Prescription au sens scripturaire : un écrit précédant l'acte et lui assignant ses limites : de la même manière qu'une loi prescrit un ordre. » (2001 : 8).

Un nouveau contrôle médical pourrait donc poindre à l'horizon. Mais pouvons-nous en vouloir aux sciences et aux technologies médicales de tenter d'améliorer la condition humaine? Le problème est que l'amélioration de cette condition est relative et dépend de plusieurs définitions et représentations différentes. Pour ceux qui sont plutôt convaincus que ces avancées sont primordiales, il est indéniable que nous devons encourager la recherche. Aujourd'hui, on peut d'ailleurs constater un nouveau progrès dans le champ de la médecine prédictive : celui de l'avènement de la bio-informatique. Dans son article « La recherche biomédicale au Québec, Rester dans la course », Geneviève Bélanger cite le Dr Tarik Möröy qui nous explique que : « Cette approche [la bio-informatique] aide à comprendre la complexité biologique [...]. Elle permet de développer des logiciels pouvant gérer l'énorme quantité de données issues, entre autres, du séquençage du génome humain. » (2008 : 46). René Quirion, également cité dans cet article, précise que : « Cette médecine, basée sur les gènes, permettra d'individualiser le traitement d'une maladie en fonction de la génétique et de l'environnement d'un individu. » (2008 : 46). Geneviève Bélanger termine donc son article sur ces mots : « Ainsi, les médecins pourront confirmer la prédisposition d'un individu à développer une dépression, par exemple. Cet individu pourra alors choisir un métier peu stressant pour éviter de devenir dépressif. En somme, assurer l'avenir de la recherche biomédicale au Québec, c'est aussi assurer un avenir meilleur aux personnes malades et à celles susceptibles de le devenir! » (2008 : 46).

Il est à espérer que l'individu pourra effectivement « choisir » un métier qualifié de « peu stressant » (d'ailleurs on peut se demander qui en jugera), puisque sinon nous pourrions effectivement avoir affaire à un nouveau contrôle médical, comme le souligne en quelque sorte Lucien Sfez mais également, à sa façon, Nikolas Rose, dans son livre *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*:

In and through such developments, human beings in contemporary Western culture are increasingly coming to understand themselves in somatic terms: corporeality has become one of the most important sites for ethical judgments and techniques. In this regime, each session of genetic counseling, each act of amniocentesis, each prescription of an antidepressant is predicated on the possibility, at least, of a judgment about the relative and comparative quality of life of differently composed human beings and different ways of being human. As biomedical technique has extended choice to the very fabric of vita existence, we are faced with the inescapable task of

deliberating about the worth of different human lives - with controversies over such decisions, with conflicts over who should make such decisions and who should not, and hence with a novel kind of politics of life itself. (2007: 254).

Les choix des individus « sains » pourraient donc se voir contraints par un nouvel ordre : celui de la médecine prédictive. Il n'appartient pas à nous ici de trancher de ces questions, toutefois, nous croyons que la santé parfaite est impossible à atteindre et partant de ce fait, nous croyons que ces nouvelles technologies contribuent à générer, non seulement chez l'individu malade, mais également pour l'individu sain -mais potentiellement malade- une forme de spiritualité nouvelle liée à cet état de malade potentiel. Soulignons toutefois que, comme nous adoptons la ligne de pensée anthropologique préconisant que la santé et la maladie soient des construits culturels, il n'est pas exclu que certains individus puissent se sentir en parfaite santé selon ses critères culturels spécifiques, mais cela nous semble de plus en plus complexe¹⁴. On est également en droit de se demander si la médecine prédictive favorisera, ou ne favorise pas déjà, une médicalisation grandissante, puisqu'elle peut contribuer à multiplier les tests et les interventions médicales sur des individus sains. Il y aurait donc, encore une fois, expansion du champ médical. On ne crée pas de nouvelles maladies, mais on traite des maladies qui ne se sont pas encore déclarées. Selon Jörg Blech : « Une nouvelle catégorie d'individus apparaît ainsi : celle des 'malades bien portants' ou des 'pas encore malades'. » (2005 : 227). Certaines questions se posent inévitablement lorsque l'on parle de « malades bien portants » dont, notamment, la question de l'impératif technologique et diagnostique et des effets, pas toujours positifs, qu'il peut avoir sur les individus.

1.2.2 Maladies iatrogènes et traitements inutiles

Nous traiterons ici principalement de « l'excès de soins », que peut provoquer la « technologisation »¹⁵ grandissante du domaine médical. R.G. Evans et G.L. Stoddart définissent « l'excès de soins », selon trois points principaux. Premièrement, un excès de soins peut entraîner des maladies iatrogènes qui sont causées par l'intervention médicale elle-

¹⁴ Ces éléments de réponse, liés aux différents vécus individuels au sein de notre société, ont été clairement analysés dans notre recherche de terrain dont nous détaillons l'analyse en deuxième partie de cette thèse.

¹⁵ Cet anglicisme est un concept souvent utilisé par plusieurs chercheurs en sciences humaines dont, notamment, I. Baszanger, J.-P. Gaudillère et C. Déchamp-Le Roux, pour désigner l'envahissement des biotechnologies dans la société.

même. De plus, les auteurs mentionnent que l'on peut considérer que : « [...] les interventions pénibles qui prolongent l'agonie plutôt que la vie sont nocives pour ceux qui les subissent. » (1996 : 47). Deuxièmement, certains soins peuvent être bénéfiques pour le patient, mais être excessifs « [...] si ces bénéfices sont très faibles par rapport aux dépenses qu'ils ont entraînées et par rapport aux autres traitements que l'on aurait pu envisager. » (1996 : 47). Troisièmement : « Insister trop lourdement sur ce qui peut aller mal, même pour faire de la 'promotion de la santé', peut provoquer une anxiété excessive et entraîner des manifestations de dépendance vis-à-vis du système de soins [...]. Cela est très profitable au 'secteur santé' et *peut*, jusqu'à un certain point, contribuer à réduire la morbidité, mais ne correspond à aucune conception plus générale de la santé [...]. » (1996 : 47).

Parlant de vision plus générale de la santé, la question de « l'excès de soins », nous fait principalement réfléchir sur la notion de qualité de vie. L'idée actuelle de prévention entraîne parfois des traitements qui, selon Evans et Stoddart, sont « un sacrifice à court terme », mais représentent un « bénéfice à long terme ». (1996 : 61). L'exemple des maladies cardiaques est souvent mentionné par les chercheurs en sciences sociales. En fait, plusieurs « patients », qui auraient eu un diagnostic spécifiant un taux de cholestérol élevé, par exemple, qui ne sont pas malades ou qui n'ont pas d'inconforts dans l'immédiat, pourraient voir leur qualité de vie diminuée par certains traitements et tests préventifs à répétition, en vue de prévenir une maladie future. Evans et Stoddart précisent que : « Les programmes de dépistage massif et de traitement médicamenteux du cholestérol auraient [...], l'effet d'une épidémie nouvelle qui apparaîtrait sous la forme d'une détérioration des « états fonctionnels » provoquée à la fois par les effets du diagnostic et par les effets secondaires des médicaments. » (1996 : 61). Pour évaluer l'impact total de telles pratiques sur le bien-être de l'individu, donc, il faut absolument mettre en balance ce « sacrifice à court terme » et voir à ce que les bénéfices possibles en valent la peine (ce qui est difficile à évaluer puisque l'on parle de maladies qui vont peut-être se déclarer dans le futur). De plus : « La perspective de transformer le quart de la population adulte d'Amérique du Nord en 'patients' souffrant de troubles chroniques nécessitant une médication permanente fait au moins réfléchir certains cliniciens (et d'autres!). » (1996 : 61).

À cet effet, Ivan Illich, dans *Némésis Médicale, L'expropriation de la santé* parut en 1975, a particulièrement étudié deux types d'iatrogènes médicales: l'iatrogène clinique et l'iatrogène sociale. En ce qui concerne l'iatrogène clinique il dira: « [...] qu'au-delà d'un certain niveau

d'effort, la somme des actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques, ayant pour cibles les maladies spécifiques d'une population, d'un groupe d'âges ou d'individus, abaisse nécessairement le niveau global de santé de toute la société, en réduisant ce qui précisément constitue la santé de chaque individu : son autonomie personnelle. » (1975 : 17). De plus, il parle de l'effet angoissant de tout diagnostic et du contact avec la technologie médicale, pouvant également susciter un effet iatrogène lié à la « technologisation » de la médecine, ce qui vient appuyer le troisième point de Evans et Stoddart qui parlent d'anxiété excessive et de relation de dépendance vis-à-vis du système de soins. Selon Illich, la prolifération des professionnels de la santé peut, d'ailleurs, contribuer à générer une dépendance nocive de l'individu vis-à-vis de ceux-ci : « Cette dépendance vis-à-vis de l'intervention professionnelle tend à appauvrir l'environnement social et physique de ses aspects salubres et curatifs, bien que non médicaux, tout en diminuant les possibilités organiques et psychologiques que les gens ordinaires ont de faire face et de s'adapter. » (1975 : 55). Ceci constitue, en partie, son idée de l'iatrogène sociale.

Enfin, Catherine Déchamp-Le Roux souligne tout de même le fait qu'actuellement la pratique de la médecine connaît, également, une dépendance vis-à-vis de la technologie, puisque la technicité a un impact symbolique important sur la représentation des individus en rapport à l'efficacité et à la qualité des soins. Plusieurs patients demandent l'accès à certaines technologies ou la prescription de certains médicaments; « Certains hôpitaux vont s'équiper de matériels sophistiqués et coûteux, car leur valeur symbolique est forte auprès de la population (Valette 1996). » (2002 : 105). De plus, nous ne pouvons nier le fait que la prescription médicale devient un fait social, comme le mentionnent Sjaak van der Geest *et al.*, dans l'article : « The Anthropology of Pharmaceuticals : A Biographical Approach ». Selon eux :

The concreteness of the prescription paper presages the concreteness of the medicine. Where medication is seen as the essence of medical practice, prescribing is the main thing expected from a physician. A nonprescribing doctor presents a contradiction. Not prescribing, which might be preferable on biomedical grounds, would then be irrational by cultural criteria. Numerous authors noted that doctors attempt to increase their good reputation by prescribing profusely. (1996 : 160).

Nous pourrions penser que ceci est certainement la suite logique du fait qu'il y a dépendance vis-à-vis du système de soins et, comme le mentionne Illich, appauvrissement des aspects

salubres et curatifs de l'environnement social. Ce que nous pouvons constater, toutefois, c'est que les médecins se retrouvent également aux prises avec cette symbolique forte de la population liée à l'efficacité des technologies médicales.

Un autre point de l'article de Sjaak van der Geest *et al.* est très intéressant : « Even when practitioners and patient do not understand each other, the prescribed medicines give them the illusion that they are in agreement about the best therapy. » (1996 : 160). Ceci nous met face à un autre problème lié à la pratique médicale actuelle : la relation médecin et patient. De la « technologisation » croissante de la médecine moderne, comme nous l'avons déjà mentionné, s'en est suivie une spécialisation croissante de la pratique médicale. Ce qui fait que les soins du patient sont morcelés et qu'il a souvent affaire à plusieurs médecins. La relation médecin et patient souffre certainement de cette situation. Sans compter qu'il devient alors de plus en plus difficile de traiter le patient de façon globale. De plus, la relation médecin et patient tend à être plus brève, les informations recueillies auprès du patient n'étant pas toujours considérées comme d'une importance capitale, la technologie venant trancher sur le diagnostic. Comme nous l'avons vu, le traitement devient primordial, tant pour le médecin que pour le patient. Dans ce contexte, et selon l'affirmation de Sjaak van der Geest *et al.*, nous pouvons alors nous poser la question de l'utilité et de l'efficacité réelles de toutes ces prescriptions.

À cet effet, Jocelyne Saint-Arnaud, professeur à la faculté des sciences infirmières et au diplôme d'études supérieures en bioéthique de l'Université de Montréal, définit les traitements inutiles comme suit : « Selon une analyse des écrits scientifiques parus entre 1989 et 1994, un traitement peut être jugé inutile en fonction de l'effet local recherché ou en fonction du bénéfice global retiré par le malade. » (2006 : 48). Cette idée rejoint, en partie, le deuxième point de Evans et Stoddart, à savoir que parfois on pourrait employer des traitements autres que les technologies de pointe, par exemple, qui sont très coûteuses et qui n'entraînent pas toujours un effet bénéfique pour le patient valant la peine d'un tel déploiement de techniques médicales. Parmi les principaux buts médicaux recherchés par les médecins, lors du choix du traitement, il y a, entre autres, selon Albert R. Jonsen *et al.*¹⁶ cités par Jocelyne Saint-Arnaud : « de restaurer la santé; de soulager des symptômes (incluant les

¹⁶ JONSEN, Albert R. *et al.*: *Clinical Ethics : A Clinical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, New York, Macmillan Publishing Co., 1986, 202p.

douleurs physiques et psychologiques); [...] de sauver et de prolonger la vie; [...].¹⁷ » (2006 : 45). C'est en fonction de ces buts que nous pouvons quelquefois remarquer un interventionnisme médical qui refuse de voir les limites de l'intervention curative. En ce qui concerne l'effet local recherché, dans les traitements de fin de vie par exemple, plusieurs traitements peuvent être jugés inutiles puisque les buts médicaux ne pourront être atteints, et les traitements peuvent alors devenir de l'acharnement thérapeutique. Saint-Arnaud souligne à cet effet que, comme nous l'avons mentionné plus haut : « [...] l'interventionnisme n'est pas le fait que de certains praticiens. Des malades et des familles demandent l'utilisation de tous les moyens curatifs possibles, alors qu'il n'y aurait aucun espoir d'amélioration dans la condition précaire du malade. » (2006 : 49).

Avec l'arrivée en masse des maladies chroniques, dégénératives et des cancers, les buts médicaux qui sont de restaurer la santé ou de sauver la vie deviennent souvent impossibles et c'est alors qu'entrent en jeu plusieurs conflits de valeurs en ce qui concerne le but médical de poursuivre ou de prodiguer tel ou tel traitement. Selon Jocelyne Saint-Arnaud :

Ceux [les praticiens] qui considèrent la qualité de vie tiendront compte du fardeau imposé par le traitement et jugeront de la pertinence d'un traitement par rapport à une évaluation des bénéfices et des fardeaux générés par le traitement. Dans cette évaluation entre en ligne de compte le pronostic en termes de durée et de qualité de la survie et les coûts du traitement. [...] Tandis que : « Les interventionnistes considèrent le bien-être en termes d'effet local mesurable. Ils sont prêts à tout tenter, même s'il n'existe qu'une chance infime de réussite. [...] Dans ce contexte, les moyens technologiques constituent un outil puissant puisqu'ils maintiennent des fonctions physiologiques spécifiques qui ne seraient plus assurées naturellement par l'organisme. À la limite, l'usage de ces technologies pour elles-mêmes chosifie l'être humain qui en dépend. (2006 : 51-56).

Enfin, nous croyons que l'émergence actuelle des maladies chroniques, dégénératives et des cancers font que la relation médecin et patient change et que le respect du patient, qui constitue un des enjeux de la bioéthique, entraîne le retour du malade comme sujet et non simplement objet d'investigations. La recherche d'autonomie est maintenant primordiale pour

¹⁷ Selon le texte original d'Albert R. Jonsen *et al.*: « Cure of disease; Maintenance or improvement of quality of life through relief of symptoms, pain, and suffering; Prevention of untimely death. » (1986: 14).

ces patients, mais, également, pour le médecin traitant, puisque la médecine curative a touché à ses limites. La médecine ne définit plus elle-même le bien-être, comme ce qui était de mise traditionnellement; celui-ci est davantage défini par le patient d'où, selon nous, l'émergence d'une spiritualité liée à l'état de malade. D'ailleurs, et ceci introduit notre dernier point, Catherine Déchamp-Le Roux mentionne que : « La stratégie instrumentaliste que sont les interventions chimiques et physiques sur les malades a fait préférer les technologies de 'mi-parcours' (techniques palliatives ou de réparation) aux technologies 'définitives' (prévention ou éradication des maladies). » (2002 : 107).

1.3 Soins palliatifs : le point de médiation

Selon Foucault, dans la *Naissance de la clinique*, le milieu naturel de la famille était autrefois l'endroit principal où les malades étaient pris en charge. Toutefois, vers la fin du XVIII^e siècle, il y a déplacement de ce milieu naturel vers l'hôpital qui devient particulièrement important pour les malades sans famille, mais également pour éviter la contagion et traiter les maladies plus complexes. Ainsi, l'hôpital est perçu alors comme un haut lieu de protection : « Protection des gens sains contre la maladie; protection des malades contre la pratique des gens ignorants [...]; protection des malades les uns à l'égard des autres. » (2007 : 41). Ce transfert a eu pour conséquence, entre autres, l'institutionnalisation de la naissance au début du XX^e siècle et, évidemment, l'institutionnalisation de la mort. Renée Sebag-Lanoe, qui travaille au Service de gériatrie de l'Hôpital Paul Brousse en France, souligne que : « [...] la majorité des décès surviennent aujourd'hui en milieu institutionnel et sanitaire et non plus au domicile comme par le passé. Cette migration de la mort vers l'hôpital, caractéristique des sociétés occidentales avancées, touche maintenant les pays de l'Europe continentale, l'Angleterre, le Canada et les États-Unis ayant atteint plus précocement des taux élevés de décès institutionnels. » (1992 : 77).

Bien sûr, la réalité sociologique contemporaine a également joué un rôle important dans cette institutionnalisation. L'urbanisation, le travail des femmes et l'éclatement des familles, entre autres, sont des faits ayant certainement joué un rôle considérable dans cette transformation. Pour Sebag-Lanoe, ces transformations ont eu des conséquences sans précédent sur « les modalités du mourir lui-même qui s'est fortement médicalisé, entraînant *ipso facto*, la participation croissante des professionnels de la santé [...]. » (1992 : 77). Pour le philosophe

Hans Georg Gadamer, l'Homme moderne se trouve en quelque sorte dépossédé de sa propre mort. Premièrement, parce que la clinique fait en sorte qu'il n'y a plus de représentation publique de la mort, on ne voit plus la mort, et deuxièmement en séparant le mourant de son milieu familial. Il dira de cette disparition de la mort dans les lieux publics et au sein de la famille que : « Elle fait entrer l'évènement de la mort dans le mécanisme technique de la production industrielle. [...] La mort elle-même, devenue semblable à un arbitrage, est désormais dépendante de la décision du médecin traitant. Dans le même temps, ceux qui vivent encore en sont exclus; ils ne peuvent plus ni assister ni prendre part à cet évènement irrévocable. » (1998 : 72).

Actuellement, l'institutionnalisation de la mort pose plusieurs problèmes éthiques dont, notamment, celui de l'acharnement thérapeutique et de l'euthanasie¹⁸. Selon plusieurs auteurs, les soins palliatifs représentent un point de médiation entre ces deux pôles et entraînent carrément une remise en question en ce qui concerne la pratique de soins des professionnels de la santé.

1.3.1 Humanisation des soins : le patient redevient sujet

Les soins palliatifs « pallient » aux limites des soins curatifs, voire aux limites des sciences et des technologies médicales, et soulèvent, par le fait même, la réflexion sur le tabou de la mort dans nos sociétés modernes. Comme le mentionne Pascal Hintermeyer, sociologue : « Pour répondre aux questions que soulève le rapport à la mort dans le monde contemporain, les hommes de la fin du II^e millénaire ont élaboré une réponse inédite : les soins palliatifs. Ceux-ci vont à contre-courant d'une évolution de la rationalité médicale qui cherche toujours davantage à anticiper les maux. Les soins palliatifs correspondent au contraire à une situation où c'est la maladie qui a le dessus et va provoquer la mort du malade. » (2007 : 880). Au Québec, les soins palliatifs sont en plein essor depuis les années 70, mais ce n'est que dans les années 90 que plusieurs établissements de soins et également les services de soins à domicile, tendent à offrir des services de soins palliatifs en fin de vie. Selon l'infirmière Claudette Foucault, les soins palliatifs ont pour objectifs : « [...] d'offrir des soins globaux, coordonnés

¹⁸Une Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité a été créée le 4 décembre 2009 par l'Assemblée nationale du Québec. Cette commission est formée de 9 députés issus de différents partis politiques et elle avait pour mandat d'étudier la question du droit de mourir dans la dignité ainsi que ses modalités d'application. Cette commission spéciale a déposé un rapport le 22 mars 2012, traitant de ces questions. Tiré du site Internet : <http://mourirdansladignite.gouv.qc.ca/historique-des-travaux> (consulté le 30 janvier 2014).

et compatissants aux personnes atteintes d'une maladie à un stade avancé ainsi que l'accompagnement des proches à la veille de la mort et pendant la période du deuil. » (2004 : 5).

À cet effet, les soins palliatifs sont déjà un réel changement par rapport à la philosophie médicale des soins curatifs, particulièrement, puisqu'ils répondent plus adéquatement aux spécificités multifactorielles de la douleur et de la souffrance des patients. En ce sens, ils représentent des soins plus globaux, traitant le patient non plus seulement selon des modalités d'abord physiques, mais également psychologiques et émotionnelles, voire, spirituelles. Les soins palliatifs ont pour objectif principal d'humaniser les soins de fin de vie et de voir à ce que le patient souffre le moins possible en lui procurant un maximum de bien-être. De plus, ils incluent la famille et les proches du patient dans ce processus de soins. Comme le mentionne Pascal Hintermeyer : « Humaniser la fin de vie suppose la possibilité de lutter contre ce que la souffrance a de dégradant et d'obnubilant afin de préserver une certaine qualité de vie jusqu'à la mort. » (2007 : 881). Toutefois, bien que les soins palliatifs tendent vers une philosophie de soins plus globale ainsi qu'une vision de la mort plus positive, ou du moins pas complètement dénuée de sens, contrairement à la vision des Lumières, il n'en demeure pas moins que ces soins qui critiquent les limites de cette vision sont également influencés par cette vision, selon Hintermeyer (2007 : 884).

À cet effet, Saint-Arnaud, mentionne que : « [...] l'approche palliative n'est préconisée qu'à la condition d'avoir expérimenté et reconnu les limites de l'approche curative. Et, pour toutes sortes de raisons [...], il arrive que des interventions de type curatif se prolongent indûment [...]. » (2006 : 62). Claudette Foucault, quant à elle, souligne que : « [...] selon le rapport de recherche Lambert et Lecompte (2000)¹⁹, seulement 5% des Québécois qui pourraient bénéficier de tels services y ont actuellement accès. De plus, même si, d'après les sondages, la majorité des Québécois expriment le souhait de finir leur vie à domicile, 87% de ceux-ci meurent à l'hôpital (Conseil de la santé et du bien-être, 2003). » (2004 : 5). Les questionnements ayant trait aux soins palliatifs et à leur mise en pratique n'en sont donc qu'à leur début actuellement. Hintermeyer en mentionne d'ailleurs quelques-uns à leur effet :

¹⁹ LAMBERT, Pierrette et LECOMTE, Micheline. *État de situation des soins palliatifs au Québec - Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie*, Québec, mars 2000, 467 p., cité dans le rapport de la commission spéciale du 22 mars 2012.

On peut notamment se demander s'ils ne véhiculent pas un idéal du bien mourir dans la transparence, la conscience de soi et la sérénité... Ce qui est insupportable pour certains malades en phase terminale. [...] On a aussi parfois l'impression que les soins palliatifs servent à masquer et à contourner le problème de l'euthanasie, au moins sous sa forme passive. Certains les soupçonnent par ailleurs de couvrir et de légitimer une réintroduction subreptice du religieux dans un système de soins qui s'en était affranchi. (2007 : 884).

La médiation entre acharnement thérapeutique et euthanasie est donc loin d'être évidente dans la pratique des soins palliatifs qui devront, éventuellement, préciser leurs méthodes et leur orientation.

1.3.2 Sens de la mort et douleurs chroniques : vers une adaptation du système de soins?

En ce qui nous concerne, nous croyons que les soins palliatifs pourraient constituer une évolution du système de soins vers une adaptation, non seulement aux soins de fin de vie, mais également à la problématique de la douleur chronique que ressentent actuellement plusieurs malades atteints de maladies chroniques, dégénératives ou de cancers. Comme nous ne cessons de le mentionner, ces maladies sont à la hausse et constituent un réel défi pour le système de soins. Nous croyons que c'est particulièrement cette nouvelle réalité des malades – causée par l'augmentation de l'espérance de vie, entre autres – entremêlée avec les limites du système de soins et l'adaptation parfois difficile de ceux-ci à ces nouvelles réalités qui engendre une spiritualité nouvelle chez ces malades. Nous verrons, dans la troisième partie de cette thèse, que la médecine tente parfois de s'intéresser au besoin de sens de ses patients, mais avec peu de moyens disponibles à cet effet ainsi que peut-être peu de recul sur les effets possibles des sciences et des technologies médicales sur le vécu de ses patients et de leur possible besoin de sens qui, parfois, se transforme en spiritualité. Toutefois, nous sommes d'avis que sans cette compréhension et cet intérêt, elle ne pourra saisir qu'une partie de la réalité vécue par ses patients et ainsi, par le fait même, être parfois à moitié efficace. Comme le mentionne Gadamer :

[...] la médecine moderne s'est vue en premier lieu confrontée aux maladies chroniques pour lesquelles les problèmes se posent différemment. Là, tout repose sur

les soins apportés au malade, lesquels devront nécessairement être accompagnés de soins psychiques. Quel est le rôle nouveau joué par la maladie chronique dans la médecine moderne et quelle en est la valeur? Dans le cas de la maladie chronique, l'homme doit apparemment, apprendre à accepter la maladie, à vivre avec elle si tant est qu'elle le lui permette. (1998 : 87).

Selon Cosette Odier, œuvrant dans un centre de soins continus à Genève en Suisse, la spiritualité permet de regarder la souffrance en face et ainsi d'éviter aux soins palliatifs d'être dans le déni de la souffrance. Dans son article «Y a-t-il des soins palliatifs laïcs? Le soutien spirituel mis au défi », elle dira : « Enfin, entre l'acharnement spirituel et l'ignorance de cette dimension, une réflexion sur le soutien spirituel peut aussi jouer un rôle de garant. Rappelons, tout d'abord, que la souffrance est une expérience constitutive de la vie. [...] Vouloir la soulager est indispensable, vouloir la supprimer est illusoire. Il est donc nécessaire d'apprendre ensemble à lutter contre la souffrance tout en sachant la côtoyer. » (1992 : 35). La question est de savoir pourquoi attendre que les patients soient en fin de vie pour faire cette réflexion sur la souffrance. C'est pourquoi nous pensons que la philosophie des soins palliatifs devrait s'étendre à d'autres types de malades. Car pour l'instant, nous croyons que les sciences et les technologies médicales contribuent à générer un besoin spirituel, particulièrement chez différents malades pour qui les limites de l'intervention curative sont claires, mais peut-être, également, chez les individus qui se retrouvent avec la possibilité de générer une maladie future, ceux que l'on nomme les « malades bien portants ». Ces limites génèrent donc du « religieux », ou du moins une quête de sens pouvant se rapprocher de la spiritualité.

2. L'individu malade

Si nous faisons une courte récapitulation, selon notre hypothèse, les sciences et les technologies médicales peuvent contribuer indirectement à générer un besoin spirituel chez les individus malades, et ce, de plusieurs façons : à la suite de l'élargissement du champ médical créant de nouveaux états pathologiques et un questionnement sur la normalité, à la suite des avancées liées aux technologies diagnostiques de pointes et à la médecine prédictive qui crée une nouvelle catégorie de malades qui est celle des « malades bien portants » et à la suite des limites des soins curatifs vis-à-vis de la prise en charge des individus atteints de

maladies chroniques, dégénératives et de cancers ou des individus en fin de vie. De plus, malgré les technologies diagnostiques de pointe, plusieurs troubles demeurent inexpliqués pour la médecine moderne ou ne correspondent pas à sa représentation de la maladie, ce qui peut également générer un besoin spirituel chez ces patients qui se retrouvent dans cette zone d'inconnus, remplie d'incertitudes.

2.1 Études de cas

Afin d'illustrer notre propos et de mieux cerner le rapport spirituel que certains individus entretiennent avec la maladie, nous analyserons quatre études de cas individuels, dont trois proviennent de sources Internet et un, d'un entretien que nous avons dirigé. Il s'agit, d'abord, de Yannick²⁰, atteint du Sida et converti au bouddhisme, et Denis²¹ qui, condamné par un cancer, s'est converti au bouddhisme également. Ensuite, Christine Compte²² qui à la suite d'une expérience de maladie inexpliquée a plongé dans l'univers de la médecine anthroposophique²³ et, enfin, Jocelyne²⁴ atteinte de fibromyalgie, une maladie pour laquelle il n'existe aucun traitement spécifique à ce jour. Pour Yannick et Denis, le fait d'être condamnés par la médecine traditionnelle les a amenés à chercher une autre voie possible de guérison. Pour Yannick ce fut la guérison de l'âme et pour Denis, ce fut d'apprendre à vivre l'instant présent qui, selon lui, lui a sauvé la vie. En ce qui concerne Christine Compte et Jocelyne, c'est la quête d'un diagnostic et d'un traitement approprié à leur cas qui les a amenées vers d'autres alternatives médicales. Alternatives médicales qui comportaient très souvent un volet spirituel important. À la question de savoir si la médecine traditionnelle a pu

²⁰ Dans le cas de Yannick, ce nom est employé à titre de pseudonyme. Son témoignage provient du site Internet suivant, tiré d'un article paru dans la revue *Samsara : Bouddhisme et Sida. Le Sida, un enseignant sur le chemin de notre humanité*, mai-juillet 2001 : <http://perso.orange.fr/sidasante/temoigna/temyan2.htm> (consulté en octobre 2006).

²¹ Le témoignage de Denis provient du site Internet suivant, lié à la revue *Psychologies* : http://www.psychologies.com/cfml/temoignage/c_temoignage.cfm?id=114 (consulté en octobre 2006).

²² Le témoignage de Christine Compte est tiré de sa licence en ethnologie à l'Université de Lyon et provient du site Internet suivant : <http://nte-socio.univ-lyon2.fr/NFA/TEXTES/anthrop.htm> (consulté en janvier 2007).

²³ Selon le site Internet PasseportSanté.net: « La médecine anthroposophique est une approche médicale fondée sur l'anthroposophie, un système social et philosophique créé au début du XX^e siècle par le scientifique et philosophe d'origine autrichienne Rudolph Steiner (1861-1925). L'anthroposophie propose une vision du monde humaniste qui intègre les dimensions matérielles et spirituelles de l'être humain. » http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=medecine_anthroposophique_th (consulté le 14 février 2014).

²⁴ Dans le cas de Jocelyne, ce nom est également employé à titre de pseudonyme. Son témoignage provient d'un entretien que nous avons mené à l'extérieur de notre recherche de terrain principale, dans le cadre d'un de nos cours de doctorat.

générer un besoin spirituel pour elle, Jocelyne répond positivement : « *Ah ben oui parce que... étant confrontée à l'impossibilité de leur part de soigner...* »

D'ailleurs, ce qui lie ces quatre personnes entre elles, c'est très certainement les limites de la médecine moderne et l'absence de « *solution thérapeutique* » comme le mentionnera Yannick. Yannick a appris qu'il était séropositif avant l'arrivée des trithérapies, il dira : « *La médecine officielle ne me proposant aucune alternative que d'attendre d'être malade, très tôt, je me tourne vers les médecines naturelles [...]. C'était pour moi une façon de ne pas rester passif face à la maladie.* » Mais quelques années plus tard, le résultat de ses analyses sanguines s'aggrave, la maladie progresse : « *N'ayant toujours aucune solution thérapeutique, je commence alors à m'intéresser à l'approche spirituelle de la maladie.* » Denis, quant à lui, était condamné par la médecine traditionnelle, on ne lui accordait plus que quelques semaines à vivre. Il dira : « *Alors seulement, j'ai commencé à réfléchir. Puisque personne ne pouvait rien pour moi, puisque j'étais condamné, j'ai décidé de trouver seul mes propres parades à la maladie.* » Ce qui l'a mené à essayer l'acupuncture, le Qi-gong et finalement à découvrir la pratique de la méditation et du zen, d'où sa conversion au bouddhisme.

Cette quête se retrouve également chez Christine Compte et Jocelyne, mais de façon un peu différente. Comme nous l'avons mentionné, obtenir un diagnostic pour elles était une quête en soi. D'abord, pour Christine Compte, c'est après avoir consulté cinq médecins et obtenu des diagnostics différents pour les mêmes maux qu'elle a été conquise par un médecin homéopathe anthroposophe. Selon elle : « *L'anthroposophie semble offrir au dialogue entre religion et médecine un éclairage plus nuancé, mais surtout plus total : elle comprend l'étude de l'homme dans ses dimensions physique, psychique et spirituelle.* » Elle a même guéri de sa « *mystérieuse maladie* », comme elle l'a appelé, qui était une forme d'allergie. Selon elle, c'est en soignant son âme qu'elle a pu guérir : « *Pour en revenir à mon médecin, je pourrais maintenant me demander à quels moments, par quelles paroles, avec quelles substances naturelles cet homme s'est adressé « à mon âme » pour la soigner (cette hypothèse renvoyant au fait que les cinq autres médecins auraient tenté de soigner uniquement mon corps physique).* » Pour Jocelyne les choses sont différentes. Cela fait maintenant dix ans qu'elle est atteinte de fibromyalgie, une maladie dont on ne guérit pas. Mais avant de savoir de quoi elle était atteinte, Jocelyne est allée voir bon nombre de spécialistes et a subi un nombre incalculable de tests divers.

Cette quête s'est étalée sur une période de deux ans, pendant laquelle Jocelyne a été dans l'incertitude, le doute et surtout l'angoisse. Elle dira surtout qu'elle se sentait comme un « *cobaye* ». Elle affirme également: « *Je ne ferais plus jamais ça. Maintenant je sais que ça ne sert à rien.* » Pour bien comprendre son cheminement, spécifions que la fibromyalgie s'accompagne de plusieurs symptômes divers particulièrement liés à une douleur chronique dont l'emplacement peut varier mais qui est toujours présente. De plus, la dépression et la fatigue chronique sont également récurrentes pour ces malades. Lorsqu'elle a commencé sa quête d'un diagnostic, Jocelyne avait de grandes douleurs aux jambes, elle ne pouvait presque plus marcher. Mais les médecins n'avaient pas de diagnostic, tous les tests et les analyses qu'elle passait (voire repassait parfois) étaient négatifs. Sur ce, elle dira : « [...] *eux ils éliminaient des choses. [...] On ne trouvait pas ce que j'avais. C'était très, très, très paniquant!* » En plus, cette angoisse étant dure pour le moral, c'est là qu'est arrivée la dépression. Et comme il n'y avait pas de diagnostic, les médecins ne lui proposaient pas de traitement : « *Aucun traitement autre que les antidépresseurs pour stopper l'état de panique.* » Mais comme la douleur était persistante, elle dira : « *Alors je suis allée dans les médecines non traditionnelles, pour essayer de me soigner.* » Et plus loin elle spécifiera: « *Pour moi, les médecines alternatives là... ont toutes un côté spirituel.* »

Ces patients se sont donc tournés vers des alternatives médicales, ou carrément vers une spiritualité particulière pour faire face à leur maladie, puisqu'ils ont eu à faire face aux limites de la médecine moderne. Spécifions que Yannick, Denis et Jocelyne n'étaient pas croyants avant cette plongée dans la spiritualité. En ce qui concerne Christine Compte, nous ne détenons pas cette information, mais elle ne connaissait pas l'anthroposophie avant de rencontrer le médecin homéopathe anthroposophe. En ce qui concerne plus particulièrement les cas de Yannick et de Jocelyne, nous pouvons émettre l'hypothèse que de plus en plus de patients se retrouvent dans ces circonstances, c'est-à-dire aux prises avec une maladie pour laquelle on ne peut guérir, mais avec laquelle on peut continuer à vivre pendant une longue période, voire pour le restant de nos jours. Nous émettons cette hypothèse en raison du fait de l'accroissement actuel des maladies chroniques, dégénératives et des cancers. Le premier défi pour ces patients (lorsqu'ils obtiennent un diagnostic), ne sera donc pas de guérir, mais d'apprendre à vivre avec cette maladie. Et c'est à cette fin qu'ils ont besoin d'outils et de soutien.

Face aux traitements que leur propose la médecine traditionnelle, Yannick et Jocelyne ont eu pratiquement la même réaction : ils ont cherché autre chose. Premièrement, Yannick a eu une décision cruciale à prendre en ce qui concerne le fait d'entamer un traitement allopathique²⁵ ou non. Il dira : « *Mais on manque tellement de recul sur les nouvelles molécules, je ne veux pas servir de cobaye. De plus, je pense que pour suivre un traitement aussi dur, vous avez vraiment besoin d'être en parfait accord avec vous-même.* » La philosophie bouddhiste aidera Yannick à faire son choix. Il s'inspirera du peuple tibétain qui a inventé une nouvelle forme de résistance, face à l'envahisseur chinois, non-violente et donc plus en accord avec lui-même : « *Voilà pour moi le premier enseignement que m'a apporté le bouddhisme : apprendre à me respecter. Ne pas poser d'acte dans ma vie avec lequel je ne sois pas complètement en accord. À commencer par ma façon de me soigner : j'ai donc décidé de ne pas prendre de traitement allopathique, mais d'inventer ma propre façon de me soigner, en accord avec mon ressenti et mes principes.* » Pour Jocelyne ce fut pratiquement la même chose. La médecine traditionnelle ne lui proposait que de la médication et il n'y avait qu'un seul médicament qui faisait vraiment effet, mais : « *Le seul médicament qui fait du bien est un relaxant musculaire qui est très dur à prendre, très dur sur le système. Tu as des effets terribles, des effets secondaires... Tu travailles sur le radar. Ça fait plusieurs années que je n'ai pas eu à n'en prendre, je suis contente.* » Comme nous l'avons mentionné, elle s'est donc tournée vers certaines approches alternatives dont, notamment, la « *physio-psycho* », comportant un volet spirituel.

Si nous nous attardons à ces faits c'est que, toujours en lien avec notre hypothèse, les technologies médicales, pouvant se traduire par de nouveaux traitements plus performants ou simplement une médication standard, peuvent amener indirectement à accentuer le lien spirituel que l'individu entretient avec la maladie voire, éventuellement, le lien spirituel que l'individu entretient avec la santé. En ce qui concerne Yannick et Jocelyne, nous pourrions dire que les effets secondaires, les risques et finalement l'investissement et le coût physique que leur demandent ces traitements, les amènent à se questionner sur d'autres voies de soulagement. Bien sûr, le concept de spiritualité est vaste et il est parfois différent d'une personne à l'autre. Pour certains, l'exercice de la spiritualité se fait dans le cadre d'une philosophie ou d'une école de pensée bien précise, comme pour Yannick et Denis s'étant convertis au bouddhisme et pour Christine Compte qui a adopté la philosophie de vie

²⁵ L'allopathie représente la médecine traditionnelle et par définition le contraire de l'homéopathie. Un traitement allopathique est donc un traitement exercé dans le cadre de la médecine moderne classique.

anthroposophique. Pour Jocelyne, l'aspect spirituel est quelque chose de plus personnel et les approches thérapeutiques parallèles qu'elle a essayées répondaient, en partie, à ce besoin spirituel. Ces approches l'ont avant tout aidée à mieux se connaître elle-même et à lui donner des outils pour vivre au quotidien avec la maladie. Pour elle, la spiritualité c'est tout simplement: « *Croire en quelque chose. C'est clair pour moi que l'on vient de quelque part, Dieu ou autres... Je crois beaucoup à la vie après la mort.* » Si nous adoptons cette définition simple de la spiritualité qui consiste principalement à croire en quelque chose qui nous permet de faire du sens, nous pourrions émettre l'hypothèse que dans les cas de maladies inexpliquées ou de maladies avec lesquelles nous devons vivre toute notre vie, on a besoin de croire en quelque chose, puisque d'une certaine façon on ne peut croire que la médecine moderne pourra nous guérir. Parfois, la médecine moderne atteint même ses limites en ce qui concerne le soulagement physique de ces individus, comme nous l'avons vu particulièrement pour Jocelyne.

Même si leurs approches spirituelles divergent, nous pouvons remarquer des points récurrents chez ces individus, en ce qui concerne particulièrement ce que la spiritualité leur a apporté. Premièrement, apprendre à se connaître soi-même est au centre de leur cheminement. Cette connaissance de soi leur rend une partie de leur autonomie face à la maladie, ils ont l'impression de participer à leur guérison ou à leur soulagement et ils retrouvent, en quelque sorte, une maîtrise de la situation. De plus, ceci va de pair avec le fait que la spiritualité, liée parfois à certaines techniques de soin ou à une approche différente de la maladie, leur donne des outils pour vivre au quotidien avec la maladie. Comme nous l'avons mentionné, Yannick a décidé d'arrêter les traitements allopathiques en s'inspirant du peuple tibétain, mais aussi de certaines rencontres qui pour lui ont été capitales, dont notamment celle avec une femme médecin bouddhiste. Il dira : « *Cette rencontre a été fondamentale dans ma recherche de sens et pour ma prise en charge.* » « *Au lieu de vivre la maladie comme une fatalité, comme un truc qui te tombe dessus sans que tu ne puisses comprendre pourquoi – c'est notre vision traditionnelle occidentale – tout prend un sens, et tu reprends ton pouvoir sur les choses.* »; « *Ainsi la maladie devient un signal de disharmonie [...] qui invite à l'ouverture sur une autre dimension de sa propre perception des phénomènes vers une autre dimension de soi-même [...].* » Jocelyne va également dans ce sens, elle dira que la maladie a accentué son besoin de se connaître elle-même et que les différentes approches thérapeutiques, qui comportaient également un volet spirituel, l'ont beaucoup aidée en ce sens. Elle dira : « *Cette approche-là est vraiment conçue pour apprendre à te connaître, te donner des outils.* »

« Donc comparativement aux autres soins, la différence c'est qu'ils te donnent des outils personnalisés. » « Ça guérit pas, mais ça fait l'effet que ça l'a à faire, sur la douleur, sur le mental aussi. »

Christine Compte mentionne également que sa *« participation dans le processus de guérison »* a été capitale : *« J'avais remarqué par le passé combien j'étais mal à l'aise de devoir remettre mon problème entre les mains d'un étranger, même spécialiste, et combien, au moment fatidique de l'exposé de sa maladie, quelque chose m'échappait [...] Or, qu'y a-t-il de plus satisfaisant que de savoir ou de croire qu'on a été le propre acteur de sa guérison? Dans le fait de retrouver un peu de pouvoir sur nous-mêmes [...]. »* Cette quête d'autonomie passe parfois également par l'association à un groupe de malades. Comme nous l'avons mentionné dans la première partie, ces groupes sont de plus en plus nombreux et agissent parfois comme fervents défenseurs d'une certaine démedicalisation et d'une approche plus *« positive »* de la maladie. Comme le mentionne Claudine Herzlich et Janine Pierret : *« Le groupe est donc pour ces malades le moyen de se confirmer dans leur attitude d'auto-soignant. Échangeant leur savoir avec d'autres, ils l'accroissent et l'affirment. Ils renforcent ainsi la maîtrise de leur état et, plus encore, ils s'affirment dans l'identité positive qu'ils sont parvenus à construire. »* (1991 : 274). Christine Compte a rencontré beaucoup d'autres malades adoptant l'approche anthroposophique de la maladie et a participé à des activités de groupes qui lui ont permis d'échanger et qui l'ont beaucoup aidé. Yannick, Jocelyne et Denis ont également ressenti ce besoin.

En fait, ce que l'on remarque chez ces trois individus, c'est qu'ils ont surtout souhaité aider les autres. À la suite de leur cheminement, ils pouvaient boucler la boucle et renverser la situation, se retrouvant maintenant dans la situation d'aidant. Jocelyne a communiqué par Internet avec d'autres malades et a fait partie d'une association : *« J'avais l'impression de pouvoir aider maintenant que j'avais du recul face à ça. [...] Je ne fais plus partie de l'association, mais je l'envisage quand je vais être à la retraite, pour assister les autres. »* Denis ne parle pas d'associations de patients, mais il a souhaité devenir bodhisattva (personnage laïc du bouddhisme faisant vœu d'aider les autres), afin de pouvoir rendre ce qu'il avait reçu. Pour Yannick, c'est un peu la même chose. Il relie maintenant son expérience spirituelle à une expérience professionnelle. Il anime des groupes de discussions où les gens peuvent parler de leurs émotions et il souligne que l'*« On pleure beaucoup dans mes stages! (rires) Mais on rit tout autant! »* Enfin, pour lui le but est de se rapprocher toujours

davantage de la dimension d'amour inconditionnel du Bouddha. Nous pouvons supposer également qu'il aide des personnes atteintes de maladies diverses, voire même du Sida, comme lui. Enfin, soulignons que l'expérience spirituelle et les associations de malades sont souvent liées, puisque ces associations suivent généralement le modèle des Alcooliques Anonymes qui est empreint d'un volet spirituel important. La vision de la maladie change. Elle devient une expérience positive donnant la possibilité de grandir. Elle n'est plus qu'un échec personnel, ce qui en change grandement le vécu.

Finalement, nous terminerons cette partie en spécifiant que la spiritualité apporte souvent à ces malades, la possibilité de guérir à un niveau autre que physique. Particulièrement, lorsque la guérison physique est impossible, la guérison de l'âme est souvent mentionnée. Christine Compte en a parlé, comme nous l'avons mentionné. Jocelyne parle également de l'importance de l'élément psychosomatique. En parlant de l'approche « *physio-psycho* » empreinte d'un volet spirituel important, elle dira : « *Il y a une ouverture plus complète vers l'aspect psychosomatique de la chose, parce qu'effectivement y en a un. Écoute, tu nais, tu vis des choses, c'est lié!* » « *J'pourrais même te dire que la rencontre avec d'autres psychologues que j'ai eus, tu ne trouves pas cet aspect...* ». Jocelyne parle d'apprendre à mieux se connaître soi-même, à apprivoiser ses peurs et parfois de faire le deuil de certaines souffrances déjà vécues. Elle ne parle pas de guérison, mais d'aller plus loin que la psychologie. Nous pouvons supposer qu'elle parle un peu de l'âme, d'une certaine façon, et qu'elle rejoint ainsi Christine Compte et Yannick, qui sera, quant à lui, plus explicite à cet effet. Son cheminement personnel, lié au bouddhisme, l'a amené à voir les choses différemment. Il dira : « *Changer la représentation mentale que je me faisais de la maladie a rendu la prise d'antibiotiques ou d'antiviraux sans grande signification : je n'étais pas malade.* »; *depuis six ans maintenant, je suis « malade sur le papier », et pourtant bien portant dans la réalité.* » « *J'ai fait le choix de cette voie, la voie du cœur, car je pense qu'il y a là un véritable chemin de guérison, de l'âme en tout cas. Mais les résultats physiques sur l'énergie de mon corps me surprennent : je suis bien plus en forme qu'avant.* »

Ces individus se sont donc tournés vers d'autres dimensions de la maladie afin de retrouver la santé à un autre niveau que celui physique. La biomédecine, bien que davantage holistique actuellement qu'il y a cinquante ans ou trente ans, demeure axée davantage sur l'aspect physique et sur l'importance du diagnostic. En fait, comme nous le verrons dans le troisième chapitre la définition de la santé est en pleine expansion incluant toujours plus d'aspects dans

la vie des individus. La biomédecine ne peut répondre, à notre avis, c'est ce que nous verrons plus loin, à l'ensemble de cet essor sanitaire. Toutefois, le but de ce chapitre était de démontrer que les sciences et les technologies médicales contribuent à générer un besoin spirituel chez les individus malades. Premièrement, nous avons analysé l'élargissement du champ médical et les processus de médicalisation et de démedicalisation qui en découlent. Ensuite, nous avons analysé les technologies diagnostiques qui deviennent toujours plus précises. Ce qui nous a menés vers la médecine prédictive, liée à la génétique et posant le problème des « malades bien portants ». Dans la logique du tout diagnostic et de l'élargissement du champ médical, de plus en plus d'individus se retrouvent dans la catégorie des individus malades ou à risque de le devenir et lorsque nous sommes à risque, ceci signifie parfois que l'on doit avoir recours à un traitement préventif, même si, à ce stade, nous n'avons aucun symptôme de maladie. Nous pouvons alors voir poindre à l'horizon la question des maladies iatrogènes et des traitements dits inutiles. Mais pour ceux chez qui il y a troubles physiques, mais aucune explication diagnostique, c'est-à-dire ceux qui sont atteints de troubles inexpliqués, il n'y a pas de traitements.

Dans ce contexte, nous avons émis l'hypothèse que par l'élargissement du champ médical en général, il est de plus en plus difficile de se retrouver dans la catégorie des individus sains. C'est alors que les différents progrès médicaux peuvent indirectement influencer le rapport spirituel que l'individu entretient avec la maladie, puisqu'ils génèrent un questionnement sur la normalité et le bien-être, entre autres. De plus, les individus atteints de maladies inexpliquées ont un accès direct aux limites de la biomédecine et des technologies médicales, ce pourquoi ils tentent de se soigner par d'autres moyens et de se doter d'une autre représentation de la maladie, incluant souvent un volet spirituel qui les aide à trouver un sens à cette expérience. Ces individus se rapprochent beaucoup des individus atteints de maladies chroniques, dégénératives et de cancers dans leur vécu de la maladie, puisqu'ils sont également atteints à long terme, voire parfois pour le restant de leurs jours. Ils devront donc apprendre à vivre avec la maladie. Ici, ce sont les limites des soins curatifs qui sont en cause. Finalement, on génère des maladies, on élargit le champ médical, mais on touche aux limites des technologies médicales en ce qui concerne, notamment, la prise en charge de ces problèmes toujours croissants actuellement que sont les maladies chroniques, dégénératives et les cancers.

Le point de médiation, selon nous, devient les soins palliatifs qui se sont particulièrement développés dans les trente dernières années. Ils sont déjà un réel changement par rapport à la philosophie médicale des soins curatifs, particulièrement puisqu'ils répondent plus adéquatement aux spécificités multifactorielles de la douleur et de la souffrance des patients. En ce sens, ils représentent des soins plus globaux, traitant le patient non plus seulement selon des modalités essentiellement physiques, mais également psychologiques et émotionnelles, voire, spirituelles. Donc, ils contribuent à répondre au besoin spirituel des individus en fin de vie. Mais l'adaptation actuelle du système de soins aux maladies chroniques, dégénératives et des cancers demeure essentielle. Nous y reviendrons dans la troisième partie de cette thèse.

Enfin, comme les vécus de la maladie et de la santé sont très souvent liés, avant de nous intéresser aux individus sains au sein de notre société nous devons mieux comprendre le rapport à la maladie. D'autant que l'obsession de la santé parfaite provient à la base du questionnement d'Illich en ce qui concerne la médecine. Comme nous l'avons mentionné en introduction, l'obsession de la santé parfaite est un phénomène lié à la multiplication des techniques de soin, à l'accroissement de la demande de soins divers tant dans le domaine de la médecine traditionnelle occidentale que dans celui des médecines complémentaires et des pratiques dites alternatives ainsi qu'aux efforts de préventions et d'anticipations de la maladie qui sont actuellement en plein essor tant sur le plan individuel que collectif. Nous nous devons donc de débiter cette thèse par l'analyse de l'influence de certains de ces phénomènes liés particulièrement à la biomédecine et à leurs influences sur le vécu spirituel des personnes atteintes de maladies.

À la lumière de la deuxième partie de ce chapitre, nous pourrions d'ailleurs affirmer que le progrès médical peut accentuer le besoin spirituel de certains individus malades. Pour illustrer notre propos, nous avons eu affaire principalement à des cas d'individus atteints de maladie dégénérative, de cancer et à des troubles inexpliqués. Les technologies médicales génèrent indirectement un besoin spirituel chez ces individus, particulièrement à cause de leurs limites face à la gestion de ces maladies, voire même à en trouver le diagnostic. Nous avons fait également allusion, pour illustrer notre hypothèse, à l'élargissement du champ médical et aux « malades bien portants » liés à la médecine prédictive. Nous n'avons malheureusement pas de cas précis illustrant ces expériences, mais nous croyons que le cheminement des individus que nous avons donné en exemple peut toucher certains aspects de ces sujets. Par exemple, les traitements lourds, auxquels certains d'entre eux sont exposés, les font réfléchir et parfois bifurquer vers d'autres voies de guérison. Ce qui touche particulièrement aux maladies

iatrogènes et aux questionnements sur les bénéfices de la technologie versus le coup physique et les risques encourus par le patient. Finalement, une chose semble claire, les sciences et les technologies médicales génèrent un questionnement de fond concernant la maladie, la santé et le bien-être et ce questionnement, pour certains malades, appelle à la spiritualité.

De plus, le cas de Yannick pose particulièrement le problème de la normalité. Face à l'élargissement du champ médical, plusieurs troubles se voient actuellement médicalisés, dont certains comportements considérés comme déviants, ainsi que certains processus naturels de la vie. Ce qui pose également le problème de trancher entre ce qui est normal et anormal. Yannick mentionne « [...] *je n'étais pas malade* », il a entrepris le chemin de la guérison de l'âme. Nous savons que la question de la normalité est relative et mouvante et dans le cas de Yannick, la guérison devient également relative à notre représentation de la maladie, voire de la santé, et notre statut de malade lui-même devient mouvant. Nous approfondirons la question du rapport à la santé dans le troisième chapitre de cette première partie de notre thèse afin de venir compléter ce premier chapitre. Comme la médecine prédictive est plutôt liée à l'aspect « santé », puisque nous avons affaire à des « malades bien portants », nous serons également davantage en mesure d'analyser le lien spirituel que cet aspect peut créer chez les individus « sains » en analysant le rapport à la santé de l'individu occidental moderne dans notre troisième chapitre. Nous observerons également clairement dans notre étude de terrain comment le rapport à la maladie et à la santé sont totalement imbriqués, ce pourquoi il était impératif de ne pas omettre l'analyse du rapport à la maladie dans cette thèse.

Mais avant d'en arriver au rapport à la santé de l'individu occidental moderne, nous souhaitons achever cette analyse du rapport à la maladie en étudiant plus en profondeur le rapport que Yannick entretient avec la maladie. Dans le prochain chapitre, nous allons donc nous intéresser à la question de savoir si la religion ou la spiritualité pourrait agir comme marqueur identitaire lorsqu'il y a conversion suite à l'arrivée de la maladie. Ce questionnement nous mènera vers le constat que ce changement identitaire personnalisé et individuel, vécu par Yannick suite à l'arrivée de sa maladie, est clairement influencé par une transformation sociale collective plus large liée aux représentations de la santé parfaite au sein de notre société.

CHAPITRE II

Le cas de Yannick, un sidéen converti au bouddhisme²⁶

La religion agit-elle comme un marqueur identitaire lorsqu'il y a conversion suite à l'arrivée de la maladie? Afin de répondre à cette question, nous avons déjà réalisé une étude de cas en utilisant le cas de Yannick, sidéen converti au bouddhisme. Mais, afin de parfaire cette première analyse dont nous présenterons ici les résultats, nous nous sommes également intéressés à deux ouvrages traitant de l'expérience spirituelle de certains sidéens écrits par Manon Jourdenais et Jean-Guy Nadeau (1997) et par Joseph Lévy *et al.* (2002). Ces ouvrages nous ont permis d'ajouter d'autres exemples d'étude de cas. Cette brève étude nous a permis de cerner l'influence des représentations collectives de la santé et de la maladie sur le vécu des personnes malades, ce qui constitue une prémisse à notre étude centrale liée à l'influence d'une représentation de la santé parfaite sur les cheminements sanitaire et spirituel des individus sains au sein de notre société. Comme nous l'avons mentionné, nous ne pouvions étudier le vécu de la santé et de ses représentations particulières au sein de notre société sans comprendre le rapport à la maladie, puisque ces vécus sont souvent liés entre eux et influencés par les mêmes représentations. Ce questionnement servira ici d'amorce à l'analyse du lien entre un vécu personnalisé et son contexte social d'émergence, lien que nous approfondirons davantage tout au long de cette thèse, particulièrement en ce qui concerne le vécu des individus sains. Mais, dans ce chapitre, nous terminerons donc notre analyse qui concerne davantage le rapport à la maladie dans notre société.

Les cas de conversion et de cheminement spirituel étudiés, ici, concernent donc particulièrement des individus atteints du VIH/sida. Bien que le VIH/sida soit une maladie infectieuse, son vécu s'apparente plus à celui des maladies chroniques. Soulignons tout de même que l'expérience de la maladie chronique est très diversifiée, passant de l'asthme au cancer et incluant le diabète, les maladies cardiovasculaires et la sclérose en plaques, entre autres. Évidemment, les risques vis-à-vis de la mort, ainsi que les handicaps que peuvent causer ces maladies sont très différents. Toutefois, nous pourrions dire que ce sont en majorité

²⁶ DELISLE, Sara. « La conversion bouddhiste d'un sidéen », 75^e congrès de l'ACFAS, Colloque 327, *Autour de la diversité du religieux contemporain. William James et la religion comme marqueur identitaire?*, Trois-Rivières, 8 mai 2007.

des maladies de longue durée, où la gravité de l'état du malade fluctue et l'affecte de façon différente à différents moments. De plus, la guérison est rarement possible. Donc, bien que le VIH/sida soit une maladie particulièrement « stigmatisante » par rapport à d'autres, nous nous attarderons à ses similitudes avec le vécu des maladies chroniques dans leur ensemble.

Un des thèmes hautement récurrents, qui est au cœur de l'expérience de ces malades, est l'incertitude vécue au quotidien qui est due en grande partie à leur état de santé, pouvant s'aggraver à tout moment. Dans cette situation, comme le soulignent Claudine Hertzlich et Philippe Adam dans leur livre *Sociologie de la maladie et de la médecine*, les projets à long terme deviennent impossibles et certains malades en viennent à accorder une grande importance à l'instant présent. De plus, ce sont des malades ayant un rapport constant ou sporadique avec les différents services des institutions de santé, étant donné le fait qu'en règle générale, lorsque nous sommes atteints d'une maladie chronique, nous devons y faire face tout au long de notre vie. (2004 : 66).

C'est donc dans ce contexte que survient la conversion chez certains de ces individus ou encore qu'une expérience spirituelle a lieu. Cette conversion ou ce cheminement spirituel, des suites du vécu de la maladie, a des répercussions certaines sur l'identité de l'individu malade. Comme nous pourrions le constater, elles contribuent particulièrement à la reconstruction d'une nouvelle identité pour l'individu se trouvant face à la maladie et en perte de repères.

1. Que subit l'identité de l'individu lorsque la maladie se déclare?

Afin de bien comprendre comment la conversion ou le cheminement spirituel agit comme marqueur identitaire, il est nécessaire d'analyser d'abord ce que subit l'identité de l'individu lorsque la maladie se déclare. Selon Jean Foucart, sociologue s'intéressant à la thématique de la souffrance dans son livre *Sociologie de la souffrance*, l'identité que l'individu s'est construite au fil des ans des suites de ses diverses expériences sociales, bascule dans le chaos lors de l'arrivée de la maladie ou d'un handicap. Il y aurait alors une rupture, l'individu tombe dans l'indéterminé et son rapport au temps change, il perd ses repères habituels. (2003 : 273).

Dans le cas de conversion étudié, Yannick élabore davantage sur son cheminement des suites de la maladie et n'élabore pas énormément sur ce qu'il a ressenti au départ. Mais il semble

clair, du moins, que la maladie vient bousculer son existence : « Lorsqu'il apprend, sa séropositivité, Yannick vient d'être engagé comme steward par une compagnie aérienne. L'annonce du diagnostic tombe comme un couperet et bouleverse sa vie [...]. »²⁷

L'étude de Manon Jourdenais nous fournit des témoignages où l'on perçoit davantage cet état de crise et le lien identitaire : « Quand tu as le sida, tu sens comme une clôture qui soudainement t'entoure. C'est un réflexe, tu coupes les ponts, convaincu qu'ils le feront. Les autres te deviennent étrangers et tu deviens étranger aux autres. (Sylvain). » (1998 : 44). L'expérience de la maladie est vécue dans pratiquement toutes les sphères sociales de la vie de l'individu et n'est donc pas seulement un rapport au médical et aux différentes institutions et intervenants dans ce domaine. Ces individus auront donc à construire un nouveau rapport aux autres, comme le mentionne Sylvain.

Ceci constitue effectivement un premier point lié à un changement identitaire, selon nous. L'individu fait maintenant partie de la catégorie des individus « malades » correspondant à des représentations sociales assez précises, selon le type de maladie et la société dans laquelle la maladie se déclare et évolue. En fait, être sain et être malade sont des situations différentes et non équivalentes dans la société. Susan Sontag, ayant été atteinte d'un cancer elle-même et maintenant guérie, définit ce changement identitaire de façon assez originale, dans son livre *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores* : « La maladie est la zone d'ombre de la vie, un territoire auquel il coûte cher d'appartenir. En naissant, nous acquérons une double nationalité qui relève du royaume des bien portants comme de celui des malades. Et bien que nous préférerions tous présenter le bon passeport, le jour vient où chacun de nous est contraint, ne serait-ce qu'un court moment, de se reconnaître citoyen de l'autre contrée. » (1993 : 11).

Enfin, un des objectifs des personnes malades sera non seulement de renégocier un rapport à l'autre qui fera sens dans chacun des mondes sociaux tels que le travail, la famille, etc., mais également de reconstruire son identité propre, c'est-à-dire vis-à-vis de lui-même, puisque l'image qu'il avait de lui-même est ébranlée avec l'arrivée de la maladie. Déjà en 1982, pour Michael Bury qui avait effectué une série d'entretiens semi-dirigés avec des patients atteints

²⁷ Tiré d'un article paru dans la revue *Samsara : Bouddhisme et sida. Le sida un enseignement sur le chemin de notre humanité*, mai-Juillet 2001 : <http://perso.orange.fr/sidasante/temoigna/temyan2.htm> (consulté en octobre 2006). Le nom de la personne qui a effectué l'entretien figure sous le pseudonyme de « Samsara » comme étant « La rédaction ».

d'arthrite rhumatoïde, le vécu de la maladie chronique constituait clairement une « rupture biographique » dans la vie des patients :

My contention is that illness, and especially chronic illness, is precisely that kind of experience where the structures of every day life and the forms of knowledge which underpin them are disrupted. Chronic illness involves a recognition of the worlds of pain and suffering, possibly even of death, which are normally only seen as distant possibilities or the plight of others. In addition, it brings individuals, their families, and wider social networks face to face with the character of their relationships in stark form, disrupting normal rules of reciprocity and mutual support. [...]. Further, the expectations and plans that individuals hold for the future have to be re-examined. Thus, I want to maintain that the development of a chronic illness like rheumatoid arthritis is most usefully regarded as a 'critical situation', a form of biographical disruption, [...]. (1982: 169).

Dans l'étude de Jourdenais, l'accompagnateur du sidéen Gilles affirmera : « Au moment où Gilles a appris son diagnostic de séropositivité par son médecin, [...], son monde s'est écroulé. [...]. Ce fut la crise, la révolte qui s'est accompagnée de cris, de pleurs, de paroles parfois incompréhensibles, d'angoisse, pour finir par la question suivante : pourquoi moi ? » (1998 : 43). Un retour vers soi, que l'on remarque particulièrement dans les cas de conversion et d'expérience spirituelle, devient nécessaire à la connaissance de soi, en vue de la construction d'une nouvelle identité. Puisque certains auteurs parlent bien de « perte de soi » lorsque la maladie se déclare, il y aurait donc bel et bien perte d'identité, perte de l'identité construite jusqu'à ce jour ou du moins, comme nous croyons que l'identité est en constante mouvance, une transformation identitaire importante.

2. L'individu adopte différentes stratégies pour reconstruire une identité qui fait sens

Comme nous l'avons vu précédemment, lorsque la maladie se déclare l'individu se retrouve instantanément dans la catégorie des personnes « malades ». Cette catégorie correspond à une vision particulière de la maladie et à une série de représentations en opposition à ce que

constitue un individu sain, catégorie dans laquelle cet individu nouvellement « malade » appartenait. Il y a donc une crise identitaire où l'individu doit encaisser la perte de son identité et négocier avec cette nouvelle identité de « malade ».

À cet effet, Hertzlich et Adam définissent trois façons de vivre sa maladie. Selon les relations que l'individu entretient avec son milieu social, la maladie pourrait donc être vécue comme destructrice, libératrice ou encore devenir un « métier ». Brièvement, la maladie vécue comme destructrice est liée à une vision plutôt négative de celle-ci. La maladie entraîne la destruction de certains liens sociaux par la privation de certaines activités. De plus, l'individu perd ses rôles sociaux auxquels il était attaché, il luttera donc contre la maladie, au point de nier son existence. En ce qui concerne la maladie comme « métier », ce que les auteurs remarquent c'est que ces individus « malades » ne vivent pas une transformation radicale de leur identité et de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. En fait, ils se serviraient de leur lutte contre la maladie pour valoriser leur rôle et leur identité sociale (2004 : 65-66).

Dans les cas où l'individu se convertit à une religion des suites de la maladie ou encore qu'il entreprend un cheminement spirituel, nous remarquons une ressemblance avec la maladie vécue comme libératrice, que les auteurs définissent comme suit : « En ce cas, la maladie, loin de ne représenter qu'un cortège de destructions, permet de retrouver le 'vrai sens de la vie' qui ne réside pas dans sa dimension sociale. Elle offre la possibilité d'une révélation voire d'un dépassement de soi. » (2004 : 66).

De plus, toujours selon ces auteurs, parfois lorsque la maladie est vécue comme libératrice « c'est que le malade perçoit en elle l'occasion d'échapper à un rôle social qui étouffe son individualité. » (2004 : 66). Nous constatons effectivement ce fait chez certains individus malades, où la maladie leur donne l'opportunité d'être eux-mêmes et d'abandonner une identité qui est en contradiction avec leur être. Ce qui vient ajouter des éléments au fait que la conversion et le cheminement spirituel, dans ces cas, pourraient agir comme marqueurs identitaires.

Par exemple, dans l'étude de Jourdenais un sidéen dira, en parlant du sida : « Dans le fond je suis content de l'avoir, presque. Aujourd'hui, je n'ai plus de compte à rendre à personne, plus d'échéances, plus de stress, de pression, d'objectifs de performance. T'as plus rien à prouver à personne. Mes valeurs ont changé, je ne passe plus à côté de ma vie. (Alain) » (1998 : 46).

Alain expliquera, par la suite, que c'est grâce au fait que la maladie l'a libéré de ces obligations sociales qu'il a approfondi ses valeurs spirituelles latentes, ce qui lui a permis de se découvrir autre « avec de nouvelles possibilités de liberté et d'actualisation de sa personnalité. » (1998 : 47).

Le cas de Yannick (sidéen converti au Bouddhisme) nous apporte plus d'éléments pour comprendre comment se construit cette nouvelle identité, à l'aide de la conversion.

3. Le cheminement de Yannick, son questionnement et sa conversion

Selon Yannick, son cheminement vers la conversion au Bouddhisme a débuté avec le désir de ne pas demeurer passif face à la maladie, comme nous l'avons déjà mentionné, étant donné le fait qu'en 1985 la médecine officielle ne lui proposait aucune solution thérapeutique, il essaie alors la naturopathie, mais son état se détériore. Il expliquera donc que c'est parce qu'il n'avait toujours aucune solution thérapeutique, qu'il a commencé à s'intéresser à l'approche spirituelle de la maladie : « C'est à cette époque que j'effectue mon premier séjour à Karma Ling pour y recevoir une initiation à la méditation zen. »

À ce stade, Yannick se questionne sur « d'autres concepts régissant le monde vivant », puisqu'il ne trouve pas de réponse dans le cadre de la vision traditionnelle de la maladie. Cette recherche le mène vers une vision plus large de l'individu : « L'homme n'est plus réduit à un seul corps physique, mais il possède également un corps énergétique, émotionnel, mental et spirituel. » Pour lui, cette vision des choses a d'abord changé son rapport à la maladie, qu'il ne voyait plus comme une simple fatalité mais, également, son rapport à lui-même, puisque la maladie devenait l'occasion de s'ouvrir vers une autre dimension de sa personnalité.

La construction d'une nouvelle identité a donc débuté par le fait que Yannick a repris la responsabilité de son état de santé. En donnant un sens nouveau à la maladie des suites de son intérêt pour d'autres cultures médicales, comme la médecine chinoise et ayurvédique, il a repris un certain pouvoir sur cet événement qui était venu bousculer son existence. C'est en 1995 qu'il rencontrera une femme médecin ayant vécu cinq ans auprès de Sa Sainteté le dalaï-

lama. C'est à ce moment qu'il découvre vraiment le Bouddhisme et il dira : « Cette rencontre a été fondamentale dans ma recherche de sens et pour ma prise en charge. »

La réflexion centrale apportée par le Bouddhisme, qu'il considère comme l'élément clef de son cheminement, est le fait de se respecter soi-même et de ne pas poser d'actes avec lesquels nous ne sommes pas profondément en accord. Cette réflexion impose selon nous d'apprendre à se connaître et d'aller en accord avec notre identité, d'où le fait que la construction de cette nouvelle identité est primordiale pour se respecter. D'ailleurs, pour illustrer son propos Yannick racontera comment « en restant fidèle à ses principes philosophiques et religieux, le peuple tibétain a choisi de ne livrer de combat face à l'envahisseur chinois. Le Dalaï-Lama s'est exilé. Il a inventé une autre forme de résistance. [...] Ils se sont respectés. Même si la culture et l'identité tibétaine sont menacées [...] ».

L'analogie entre ce vécu tibétain et le vécu de Yannick face à la maladie, que nous avons déjà souligné brièvement dans le premier chapitre, devient ensuite très claire. Cette nouvelle vision des choses lui permettra de dire non à certains traitements allopathiques (issus de la biomédecine), puisqu'il n'est pas en accord profond avec cette vision de la maladie. Enfin, comme le peuple tibétain, il invente une autre forme de résistance. Les principes bouddhistes de non-violence et de non-dualité le mènent à ne plus vouloir se battre contre la maladie, comme ce qui est préconisé par la médecine traditionnelle occidentale, mais plutôt à vivre en harmonie avec la maladie.

3.1 Retour sur le concept d'identité

L'identité est ce qui permet de distinguer un individu ou un groupe d'un autre et le marqueur identitaire est un trait naturel ou culturel servant à caractériser le particularisme identitaire d'un individu ou d'un groupe. Dans le cas de Yannick, nous pouvons observer que le Bouddhisme agit comme marqueur identitaire, puisqu'il lui permet d'abord, en lui fournissant certains principes et concepts, de se positionner de façon différente par rapport à l'institution médicale en ce qui concerne la vision de la maladie. Ce marqueur identitaire caractérise effectivement son particularisme et son pragmatisme du fait qu'il décidera de ne pas suivre certains traitements allopathiques et d'agir autrement que ce que préconise la médecine occidentale vis-à-vis de sa maladie.

Dans cette première partie de son cheminement, Yannick s'oppose au groupe de la médecine traditionnelle occidentale, en utilisant principalement trois principes :

- ne pas rester passif face à la maladie;
- une prise en charge plus personnelle de sa santé;
- ne pas se battre contre la maladie, mais vivre en harmonie avec elle.

Finalement, nous observons, également, que ce construit identitaire se fait sur le long terme. Ce qui semble logique dans les cas de maladie puisque, comme nous l'avons mentionné, il y a une transformation identitaire importante et si nous admettons que l'identité est le résultat d'une historicité, il faut du temps pour la reconstruire.

3.2 Suite et fin du cheminement de Yannick

Premièrement, dans la continuation de son parcours où une nouvelle identité se construit, la culture tibétaine qui dit que « toute la vie doit être une préparation à la mort », contribue à la prise de conscience chez Yannick que l'acceptation de la souffrance est une façon de grandir : « En Occident, nous vivons dans la négation de la mort et l'illusion que nous pourrions nous prémunir de la souffrance. [...] Intégrer la dimension fondamentale de ma propre impermanence n'a pas été du tout quelque chose de mortifère, mais bien au contraire, cela m'a permis de m'ouvrir à des messages de vie et d'espoir, en adoptant une autre lecture de la réalité des phénomènes qui m'entouraient. »

Maintenant si nous revenons aux principes de non-violence et de non-dualité, en ce qui concerne le cheminement de Yannick par rapport à son vécu de la maladie, ces principes iront jusqu'à lui faire dire : « Changer la représentation mentale que je me faisais de la maladie a rendu la prise d'antibiotiques ou d'antiviraux sans grande signification : je n'étais pas malade. [...]. Depuis six ans maintenant, je suis 'malade sur le papier', et pourtant bien-portant dans la réalité. » On peut donc clairement remarquer ici que Yannick se retire de cette identité de malade qui lui avait été affiliée des suites de la maladie, en se servant des principes véhiculés par le Bouddhisme.

Le virus est un prétexte de croissance et non de mort. « Partant de là, il n'y a plus de place pour la haine. Je crois que nous sommes davantage malades de nos rancœurs, de notre difficulté à pardonner aux autres et à soi-même... » Nous voyons que selon une autre vision de la maladie, évidemment la guérison devient également porteuse d'un sens nouveau. À cet effet, Yannick parle de son choix vers la voie du cœur, ce qui achève en partie son parcours vers la conversion au Bouddhisme : « J'ai fait le choix de cette voie, la voie du cœur, car je pense qu'il y a là un véritable chemin de guérison, de l'âme en tout cas. »

Si nous revenons au principe d'impermanence, celle-ci permet à Yannick d'accepter la maladie voire même les mauvais résultats médicaux puisqu'il a fait le choix « d'une voie où rien n'est tracé, hors des propositions médicales classiques. » Ce qui l'amène à une autre vision de la guérison située à un autre niveau, et il dira : « La notion que j'avais de la guérison est en train de changer profondément. Je pensais, il y a encore peu de temps, que c'était retrouver un état 'normal' d'immunité. À l'heure actuelle, je me demande si le défi que nous lance le sida n'est pas de nous amener à placer nos défenses à un autre niveau, non plus dans le combat et la défensive, mais dans l'ouverture à la vie, la confiance. »

Finalement, Yannick anime aujourd'hui des stages où les gens doivent apprendre à exprimer leurs émotions dans le but de se rapprocher toujours plus de « cette dimension de compassion et d'amour inconditionnel du Bouddha. » Cette création d'un stage par Yannick ressemble au rôle du « bodhisattva », représentant un personnage laïc du bouddhisme qui fait vœu d'aider les autres. Yannick espère continuer sur cette voie. C'est donc à ce stade et sur ces mots que s'achève son témoignage. Ira-t-il jusqu'à devenir moine bouddhiste? Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'il y a tout de même eu conversion à un mode de vie et de croyances propres au bouddhisme dans le cas de Yannick et que cette conversion a largement contribué au renouveau de son identité.

Jourdenais cite plusieurs dimensions de la vie spirituelle parmi lesquelles nous pouvons clairement remarquer celle de l'identité et, également, situer l'expérience de Yannick :

- « élaboration de l'identité et *unification de soi* à travers les diverses expériences de la vie, expérience de joie comme de souffrance;
- quête et affirmation d'un sens à la vie, particulièrement d'un sens à sa vie et à ses diverses expériences;

- relation avec un *absolu* qui marque profondément l'identité de la personne;
- *valeurs* qui orientent la réalisation de soi en même temps qu'elles en témoignent;
- *appartenance*, vivifiante, à une communauté qui partage la même foi ou les mêmes valeurs;
- expressions symboliques et sociales de ces dimensions à travers des *rites*. » (1998 : 64).

Ces éléments viennent préciser comment le bouddhisme, dans le cas de Yannick, a joué le rôle de marqueur identitaire, particulièrement en fonction des quatre premiers points. En ce qui concerne les deux derniers points, nous tenterons d'élucider et d'approfondir un peu plus loin le nouveau groupe dans lequel pourrait se situer Yannick et à quels *rites* cela pourrait référer. En fait, à ce stade, nous pouvons admettre que le bouddhisme a été un marqueur identitaire pour Yannick en ce sens qu'il lui a permis d'unifier plusieurs concepts et principes lui permettant d'agir en accord avec lui-même, face à la maladie. Le bouddhisme lui a donné les éléments philosophiques lui permettant de se différencier de la représentation de la maladie et de l'état de « malade » véhiculés dans la médecine traditionnelle occidentale et, par le fait même, de construire une autre identité de malade que celle qui découle naturellement de cette vision plutôt négative de la maladie. La maladie est vécue comme libératrice et devient une occasion d'avancement personnel et non d'échec personnel.

Pour ajouter des éléments à l'exemple de Yannick, nous allons citer certains individus atteints du VIH/sida ayant vécu un cheminement spirituel, et que Joseph Lévy *et al.* ont interrogé lors de leur étude :

(La séropositivité) c'est peut-être l'une des plus belles choses qui m'est jamais arrivée dans le fond parce que [...] ça a changé ma façon de voir, ça m'a ramené les deux pieds sur terre dans l'essentiel [...] je me suis mis à jouir de la vie. (2002 : 174).

J'ai commencé à nettoyer. [...] Je me suis amené à avoir du sérieux, du recul dans ma vie. Et puis j'ai décidé qu'à partir de ce moment-là, peu importe ce qui arrivait, si ma santé déperissait ou non, je voulais avoir une qualité de vie qui n'est pas donnée par l'extérieur, mais qui était imposée par moi-même. (2002 : 177-178).

Si je n'avais pas été séropositif, je ne pense pas que j'aurais mené une réflexion par rapport à ma vie qui m'amène à me tranquilliser [...]. La séropositivité m'a amené à

mûrir [...]. L'importance de la chose c'était d'améliorer la qualité de vie qu'il me restait à vivre. (2002 : 174).

Nous pouvons remarquer, dans ces citations, une certaine vision plus positive de la maladie et le souci d'apporter une prise en charge plus personnelle de sa santé, comme le mentionnent les auteurs.

3.3 Retour sur la religion comme marqueur identitaire

Dans le cadre de cette analyse du cheminement de Yannick en particulier, nous pourrions dire que la religion est un marqueur identitaire du fait qu'elle permet à l'individu d'arborer les traits qui le différencieront d'un groupe auquel il a été affilié, mais dans lequel il ne se reconnaît pas. Tout se passe comme si l'individu se construit une nouvelle identité, en refusant d'abord celle par laquelle la société tente de le catégoriser.

La fonction identitaire de la religion ne serait pas nécessairement d'être reconnue d'un groupe religieux correspondant ici au Bouddhisme, mais de se servir des concepts et de la philosophie bouddhiste pour reconstruire une identité qui fait sens avec le vécu personnel de la maladie et notre nouvelle identité de « malade » au sein de notre société. Selon nous, l'opposition à la vision négative de la maladie menant à la maladie vécue comme libératrice, nous amène au constat suivant, à savoir que la maladie permet de contester un ordre social plus vaste que simplement celui de l'ordre médical.

Ce qui attire particulièrement notre attention dans l'analyse du cas de Yannick et des autres cas étudiés, c'est que l'identité de « malade » correspondant à une représentation plutôt négative de la maladie véhiculée dans les sociétés occidentales actuelles, et donc dépassant le simple domaine du médical, ne semble pas convenir à certains individus. La conversion devient un des moyens employés par ceux-ci pour refuser cette identité et se créer une nouvelle identité selon une vision différente de la maladie, étant plus positive et synonyme d'avancement personnel et non d'échec personnel.

C'est en ce sens que nous croyons qu'il est clair que la religion joue un rôle identitaire dans cette situation, puisqu'elle permet à l'individu de prendre position et d'agir en toute cohérence

avec les nouvelles valeurs, concepts et philosophies par lesquels il se sent plus près de lui-même, donc de son identité. Ce que nous souhaitons maintenant approfondir, c'est comment cette nouvelle identité se construit en opposition à une vision négative de la maladie, en analysant plus précisément cette vision de la maladie versus la vision des individus ayant vécu un cheminement spirituel ou une conversion des suites de la maladie.

Cet approfondissement nous mènera à nous questionner sur ce que représente cette nouvelle identité pour les personnes malades et ce qui pourrait la caractériser. C'est par ce cheminement que nous en viendrons à la constatation que ce positionnement identitaire des individus malades dépasse le domaine de la maladie et du médical. D'ailleurs, comme nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, l'individu atteint d'une maladie vit une crise qui n'ébranle pas seulement son corps physique, mais bel et bien l'ensemble de sa personne, de son identité et de son rapport au monde et aux autres.

4. La vision de la maladie dans les sociétés occidentales à la lumière du cheminement spirituel et de la conversion

Lorsque nous parlons de la vision plutôt négative de la maladie véhiculée dans les sociétés occidentales, de quoi parlons-nous exactement? À quoi faisons-nous référence? D'abord, comme nous le verrons dans cette analyse, cette vision s'incarne dans un monde où est véhiculée également une certaine image du bonheur et de la réussite, dans lequel évidemment la maladie ne peut trouver sa place ou, du moins, une place positive, ou encore, une place du côté de la « normalité » et non du côté du pathologique.

Herztlich et Adam expriment bien l'idée que les comportements des individus face à la maladie s'inscrivent dans un ordre plus vaste que simplement celui de la médecine :

Dans notre société, comme dans les autres, les maladies, et plus particulièrement certaines d'entre elles, sont interprétées de manière spécifique et sont prégnantes dans l'imaginaire collectif; mais la notion même de maladie sert aussi de support à l'expression de croyances et de valeurs plus larges. L'interprétation collective de la maladie s'effectue toujours en des termes mettant en cause la société, ses règles et la

vision que nous en avons : à travers nos conceptions de la maladie, nous parlons aussi de notre rapport au social. (2004 : 69).

Cette impression d'échec personnel, de malheur, d'injustice et de déviance que peuvent ressentir certains individus atteints de maladie, Dominique Jacquemin dans son livre *Bioéthique, médecine et souffrance. Jalons pour une théologie de l'échec*, la lie à l'idéalisation du bonheur qui est faite dans les sociétés occidentales. Pour d'écrire comment on en vient à une vision d'échec en ce qui concerne le vécu de la maladie, tant du point de vue médical que du point de vue de l'individu, l'auteur s'intéresse au poids que peuvent représenter la souffrance et le malheur dans nos sociétés et comment ils peuvent être perçus comme un échec personnel.

À cet effet, il cite Pascal Bruckner : « Par devoir de bonheur, j'entends donc cette idéologie propre à la deuxième moitié du XXe siècle et qui pousse à tout évaluer sous l'angle du plaisir et du désagrément, cette assignation à l'euphorie qui rejette dans la honte ou le malaise ceux qui n'y souscrivent pas. Double postulat : d'un côté, tirer le meilleur parti de sa vie; de l'autre, s'affliger, se pénaliser si l'on n'y parvient pas. » (2002 : 40). Nous tentons de démontrer ici, d'où vient cette représentation négative de la maladie et dans quel imaginaire social elle s'inscrit, selon quelle hiérarchie des valeurs.

En fait, ce qui est clair dans l'étude de Jacquemin, c'est que la réalité de la mort et de la souffrance n'est pas visible ou est plutôt cachée dans nos sociétés et qu'alors « l'image actuelle de l'homme n'est pas celle de 'celui qui doit mourir', mais de 'celui qui doit vivre', réussir, se développer, échapper sans cesse à la maladie. » (2002 : 43). On comprend bien alors comment la personne « malade » peut être jugée comme « anormale » vis-à-vis de cette image très forte de réussite sociale, s'inscrivant dans des normes matérielles, physiques et psychologiques. Enfin, l'auteur dira : « Dans un tel contexte, il est aisé de comprendre combien le 'poids du malheur' – compris comme opposition existentielle au bonheur possible et promis universellement – risque de marquer de plus en plus d'humains du stigmate de l'échec en disqualifiant de par le fait même la trame singulière de leur existence. » (2002 : 43-44).

On comprend mieux également que certains individus atteints de maladie tentent de fuir tant bien que mal cette identité de « malade », représentant l'échec et le malheur. Selon nous, les

différentes perceptions de la maladie, tant destructrice que libératrice, participent donc du même désir de ne pas appartenir à cette catégorie d'individus « malades ». Nous avons démontré au début de ce travail comment la maladie vécue comme libératrice venait parfois du fait que certains individus voient en la maladie l'occasion d'échapper à un rôle social ou à une emprise étouffante du social sur leur existence. Selon Hertzlich et Pierret dans leur livre *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, la maladie devient ici l'allié de l'individu : « Dans cette optique, l'individu identifie la maladie biologique à la part la plus valorisée, la plus profonde, de sa personnalité, et l'oppose au personnage social que modèle et qu'exige la société aliénante. » (1998 : 162).

Au contraire, la maladie est perçue comme destructrice : « Lorsque, par sa gravité même, par l'intensité de la menace qu'elle fait peser sur notre vie, la maladie [...], ne peut être que le signe d'une faillite de tout notre être. » (1998 : 162). Alors on refuse la maladie en la niant. Malgré leur différence apparente, ces deux réactions à la maladie équivalent à un refus d'appartenir à la catégorie des individus « malades », selon nous.

Enfin, lorsque Yannick en arrive à la conclusion qu'il n'est pas « malade », que sa conversion lui a fourni les éléments pour estimer qu'il a obtenu une guérison à un autre niveau et que finalement dans la réalité il fait partie des individus sains, sa conversion aura été un marqueur identitaire du fait que, comme nous l'avons mentionné plus haut, elle lui permet d'arborer les traits qui le différencieront d'un groupe auquel il a été affilié (celui de « malade »), mais dans lequel il ne se reconnaît pas. Cette conversion lui a servi à construire une identité positive de l'état de malade qui s'oppose à la vision négative véhiculée dans les sociétés occidentales actuelles.

À ce stade, nous avons donc exploré comment certains individus « malades » se construisent une nouvelle identité positive, des suites d'un cheminement spirituel ou d'une conversion, qui s'oppose à la négativité de l'état de « malade » véhiculée dans les sociétés occidentales. Maintenant, une autre opposition reste à être expliquée. Quel est le « rôle de malade » que la société occidentale préconise et valorise et duquel ces mêmes individus tentent de se démarquer également. À quoi correspond cette identité positive? Est-ce que l'on peut former un groupe avec ces individus et donc dire que leur refus de l'identité négative de l'état de « malade » viendrait à être intégré socialement, par la suite, avec une nouvelle identité positive de l'état de « malade »? Et alors, est-ce que l'on pourrait voir apparaître

l'appartenance à un groupe ayant les mêmes valeurs positives en ce qui concerne le vécu de la maladie? Tous ces éléments viendraient s'ajouter au rôle de marqueur identitaire que pourraient jouer le cheminement spirituel et la conversion dans ce type de situation.

5. Le « rôle de malade », le « bon malade » et l'émergence du « malade nouveau »

Afin de comprendre la mouvance du processus de construction de l'identité de malade et de son rôle au sein des sociétés occidentales, nous devons nous intéresser à la théorie de Talcott Parsons qui, bien qu'élaborée en 1951²⁸, fut, selon Herzlich et Adam, très éclairante, à l'époque, sur le rôle du médecin dans la société et sur la reconnaissance de la signification de la santé et de la maladie d'un point de vue sociétal. Dans son article *The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered* (1975), Parsons reconsidère sa théorie en répondant à certaines critiques. Nous nous servons donc précisément de cet article plus récent, pour illustrer les grandes lignes de sa théorie. Selon Parsons, le malade est défini dans la société comme celui qui est exempt de ses responsabilités habituelles et il n'en est pas tenu responsable, puisque cette exemption est due à la maladie (1975 : 259). Toutefois, cet individu pourrait être considéré comme déviant par rapport à l'ordre social établi. C'est pourquoi l'individu malade aura le devoir de se soigner, de coopérer avec les médecins et autres agents de la santé, ainsi que de participer à sa réintégration sociale. Suite à certaines critiques ayant trait au fait que tous les patients n'ont pas la même « compliance »²⁹ médicale selon leur classe sociale et autres critères de différenciations sociales ou contextuelles comme, par exemple, être atteint d'une maladie chronique et non d'une maladie aiguë, comme nous le verrons, Parsons soulignera finalement que certaines considérations sont tout de même à prendre en compte, notamment en lien avec le vécu de la personne malade :

I should regard deviance and social control as phenomena concerned with the integrative problems of a social system. Illness we may speak of as, at least in one primary aspect, an impairment of a sick person's integration in solidary relationships with others, in family, job, and many other contexts. Seen in this perspective, therapy

²⁸ PARSONS, Talcott. « Social Structure and Dynamic Process: the Case of Modern Medical Practice », *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, p. 428-479.

²⁹ Ce terme est emprunté à l'anglais pour signifier le manque de coopération des patients vis-à-vis de leur médecin, particulièrement lorsqu'ils ne suivent pas les traitements exigés ou proposés par celui-ci.

may be interpreted to be predominantly a reintegrative process. To be successful, such a process must take account of adaptive considerations, notably the pathological state of the organism and/or personality and the nature of the patient's adaptive problems in various aspects of his or her life. (1975: 260).

Dans cette optique, le « bon malade » est tout de même celui qui se soigne et qui guérit vite, donc qui peut reprendre ses activités sociales. La guérison devient ainsi une exigence sociale. Selon Herzlich et Adam, dans ce modèle, le médecin n'a pas seulement une fonction technique, mais également une fonction de « régulation sociale » (2004 :77). Il peut juger qui est malade et qui ne l'est pas. Dans l'analyse de Parsons, la relation médecin et patient est d'ailleurs clairement asymétrique, où le médecin a davantage un rôle actif tandis que le patient est passif. Toutefois, Parsons précise que:

[...] the relation of sick person and health care agency is inherently asymmetrical on the hierarchical axis. It should be made very clear, however, that this hierarchical difference is relatively speaking functionally specific and not diffuse. Relative to sick people, physicians do not constitute an aristocracy occupying a diffusely superior status. Their superiority is focused on the specific functions of handling people who have impairments of health, that is, who in some specific sense or some respect are sick. (1975: 276).

Illich mentionne que le modèle de Parsons, dans les années 70, commence toutefois à être inadéquat puisque les professions de la santé se multiplient (services cliniques, médecine scientifique et santé publique) et que, par le fait même, le rôle du médecin n'est plus si bien défini. De plus, pour que le modèle de Parsons fonctionne, il faut que le traitement médical soit efficace et que le patient y croit et s'y conforme. Ce modèle est donc devenu inadéquat, selon Illich, puisque le système médical « revendique son autorité sur des gens qui ne sont pas encore malades, sur d'autres qui ne peuvent raisonnablement pas s'attendre à aller bien et sur d'autres enfin auxquels les médecins n'ont pas de traitements plus efficaces à prodiguer [...] ». » (1975 : 79). Ce qui nous ramène à l'émergence ou à l'augmentation actuellement des cas de maladies chroniques et dégénératives ainsi qu'à la médecine prédictive, dont nous avons discuté dans le premier chapitre. Enfin, Illich contestait clairement, à l'époque, le pouvoir médical, en soulignant qu'il enlevait toute autonomie aux individus vis-à-vis de leur état :

« L'institution médicale [...] a pour matrice l'idée que le bien-être exige l'élimination de la douleur, la correction de toute anomalie, la disparition des maladies et la lutte contre la mort. [...] C'est le rituel médical et son mythe correspondant qui ont transformé douleur, infirmité et mort, d'expériences essentielles dont chacun doit s'accommoder, en une suite d'écueils qui menacent le bien-être et qui obligent chacun à recourir sans cesse à des consommations dont la production est monopolisée par l'institution médical. » (1975 : 133).

Ainsi, selon Hertzlich et Pierret qui paraphrasent Illich, la maladie, l'infirmité, la douleur et la mort, se voient enlever toute valeur positive. « La maladie et la mort ne sont plus qu'écueil et échec. » (1991 : 244). Nous revenons effectivement à cette vision négative de la maladie que nous tentons maintenant d'analyser toujours plus en profondeur. Gérard Briche³⁰ tel que cité par Hertzlich et Pierret dit : « Le malade 'chômeur de la santé', loin d'être réintégré socialement, n'est plus qu'un objet détraqué en proie à un perpétuel besoin de réparation. » (1991 : 244). Nous allons justement venir à cette notion d'intégration sociale des individus « malades », particulièrement de ceux atteints d'une maladie chronique et du VIH/sida, puisqu'ils constituent l'objet de ce chapitre.

Actuellement, le modèle en ce qui concerne le rôle de malade et la relation médecin et patient changent avec l'arrivée en masse des maladies chroniques, comme nous l'avons déjà expliqué et comme Illich le soulignait déjà, à sa façon, en 1975. En fait, on pourrait également dire que le progrès médical fait en sorte que des maladies anciennement mortelles peuvent être soignées, sinon gérées et donc que l'espérance de vie de ces personnes est augmentée. Cette situation fait que le médecin n'a pas nécessairement affaire principalement à des cas de maladies dites aiguës, qui peuvent donc être guéries et enrayées, mais à des maladies chroniques qui ne peuvent très souvent être guéries. Dans ces cas, la relation médecin et patient change, le médecin a intérêt à aider le patient à se prendre en charge et donc à ne plus être totalement passif puisqu'il est important que cet individu continue à fonctionner dans la société. Ceci demeure donc toujours un enjeu social bien réel.

C'est à ce stade que nous pouvons parler de l'émergence du « nouveau malade », tel que décrit par Hertzlich et Pierret. Pour le « nouveau malade », la notion de gestion de la maladie

³⁰ BRICHE, Gérard. *Furiculum vitae : chronique hospitalière d'un lupus*, Paris, Soucher, 1979, p. 333.

vient remplacer celle de la guérison. Cette gestion permet de retrouver une image positive de soi en gardant une partie de la maîtrise de la situation, selon Gérard Briche, atteint d'une maladie chronique (le lupus érythémateux aigu disséminé) (1998 : 244). On peut tranquillement voir apparaître des traits caractéristiques que l'on retrouve dans le cheminement de Yannick : ne pas rester passif face à la maladie, se prendre en charge et devenir en somme soignant ou auto-soignant et non plus seulement soigné, ainsi que retrouver une image positive de soi par la maîtrise de la situation. Nous remarquons clairement ici que le cheminement individuel de transformation identitaire de Yannick se lie parfaitement aux transformations sociales que subissent également la société et le monde médical, des suites de l'avènement de plusieurs maladies chroniques et de la prolongation de leur durée de vie.

Cette optique où le malade chronique n'est plus qu'un soigné, mais devient un soignant et auto-soignant de sa maladie, va de pair avec sa situation et est tout à fait logique, puisque ces malades ne sont pas sous un contrôle continu des médecins, mais doivent tout de même se soigner au quotidien et donc, très souvent, le patient atteint d'une maladie chronique assume le fait d'avoir une maladie grave et en même temps, lorsque cela est possible, d'avoir une vie sociale « normale ». Hertzlich et Pierret en arrivent à cette conclusion en ce qui concerne ce « nouveau malade » : « Chez ces patients le 'savoir du malade' débouche donc sur un mode de vie différent et sur une véritable 'culture' impliquant, plus encore que des connaissances, la définition de normes personnelles, l'aptitude à négocier avec son mal et à s'y ajuster sur le plan émotionnel et aussi à faire des choix et à les mettre en œuvre dans des actes concrets. » (1998 : 264).

Cette citation concorde parfaitement avec le vécu de Yannick par rapport à sa maladie, selon nous. À ce stade, nous pourrions donc admettre que Yannick, de par sa prise en charge et son rôle d'auto-soignant, fait partie de ce groupe de « nouveaux malades », ce qui vient démontrer, encore une fois, comment sa conversion est liée, en partie, aux circonstances sociales dans lesquelles elle s'inscrit. Un autre critère dominant, selon Hertzlich et Pierret, chez ce groupe des « nouveaux malades » c'est justement la dimension collective et l'appartenance à un « groupe de malades » ou à une association, ce qui fait dire à ces auteures que cet individu est un « personnage nouveau dans notre culture ». (1998 : 270). Ceci est un début de réponse à notre question précédente, où nous cherchions à savoir si l'on pouvait former un groupe avec ces individus ayant une vision plus positive de leur état de « malade » et donc dire que leur refus de l'identité négative de l'état de « malade » viendrait à être intégré

socialement par la suite avec une nouvelle identité positive de l'état de « malade ». Et alors, est-ce que l'on pourrait voir apparaître l'appartenance à un groupe ayant les mêmes valeurs positives en ce qui concerne le vécu de la maladie?

Le cheminement individuel de Yannick, par exemple, se termine sur le fait qu'il a créé des stages où des individus malades viennent parler de leurs émotions. Or, nous croyons que ceci peut clairement s'intégrer dans l'ordre de ces nouveaux groupes de malades que nous allons analyser par la suite et qui viennent boucler la boucle quant à la construction d'une nouvelle identité des suites de la maladie, auquel la religion ou le cheminement spirituel ont contribué et ayant finalement comme résultat l'intégration sociale de ces individus, avec une nouvelle identité de malade étant plus positive.

Hertzlich et Pierret disent d'ailleurs que cette élaboration d'une identité positive de l'état de « malade » vient faire dire très souvent à ceux-ci : « *Je ne suis pas un malade* ». (1998 : 275), ce qui ressemble beaucoup à l'affirmation de Yannick qui en arrivait à la conclusion qu'il n'était pas malade. Ces auteures disent toutefois que ces malades peuvent se nommer ainsi entre eux, en disant : « *Nous autres malades* » (1998 : 275). Selon nous, ces affirmations pourraient constituer une façon de dire, je suis malade, mais pas comme la société le conçoit.

6. Création d'associations de patients fondées sur l'idée dominante d'entraide mutuelle (*Self-Help*)

Débutons cette partie sur une définition de base de ce que signifie le *Self-Help*, telle que citée dans le trimestriel *Renouer* de Janvier 1998 : « [...], le *Self-Help* peut d'abord être considéré comme un *mouvement global* d'auto-support au sein de la société civile. Son développement mondial, à travers des groupes thématiques locaux, apporte un soutien considérable, de nature individuelle ou collective, aux gens confrontés à un type précis d'épreuve. » Selon Hertzlich et Pierret, seulement en Europe et aux États-Unis ces associations, si l'on ne compte que celles qui ont pour thématique les maladies chroniques, mentales, le VIH/sida ou autres réalités d'individus « malades », regroupent environ de 14 à 15 millions de personnes. Plus précisément, ces groupes se seraient constitués autour de plus de 200 maladies; or comme ce livre a été rédigé en 1984 (1ère édition), on peut clairement supposer que ce nombre a

augmenté depuis. En tout cas, pour ces auteures, il y a plus de vingt ans, ces groupes pouvaient représenter un mouvement social naissant. (1998 : 271).

La philosophie des associations de patients fondées sur l'idée dominante d'entraide mutuelle repose sur trois concepts clefs :

- une spiritualité liée à l'esprit d'ouverture à l'autre et à la tolérance;
- une gestion par des bénévoles ayant majoritairement vécu l'expérience de la maladie;
- un souci de rester dénuées d'attaches idéologiques, institutionnelles ou commerciales contraignantes.

Dans ce contexte, est-ce que nous pourrions dire qu'il y a émergence d'une nouvelle forme de spiritualité liée à l'état de « malade »? Y aurait-il une possibilité d'unifier les différentes spiritualités de ces « malades », vers une spiritualité « englobante »? Pour répondre à ces questions, plusieurs investigations et précisions seraient nécessaires, ce pour quoi, à ce stade, ces questions demeurent ouvertes. En fait, ce que nous analyserons plus loin lors de notre recherche de terrain, c'est l'émergence d'une nouvelle modalité du croire liée à la santé qui englobe le vécu des individus malades. Les représentations de la santé et de la maladie viennent évidemment influencer le vécu des individus malades et des individus sains. Tellement, qu'il sera difficile pour nous, comme nous le verrons dans la deuxième partie de cette thèse, de faire une réelle différence entre le cheminement des individus sains et des individus atteints d'une maladie par rapport à leur vécu spirituel.

Quoi qu'il en soit, afin de bien comprendre le lien que nous faisons avec le cheminement de Yannick et d'autres sidéens ayant vécu un cheminement spirituel des suites de la maladie, nous allons analyser les points principaux définissant les sentiments des malades faisant partie de ces groupes et les liens que l'on peut tisser avec le cheminement de Yannick et des autres sidéens ayant vécu un cheminement spirituel. Disons, premièrement, que ces groupes représentent une prise en charge collective de la maladie et brisent la solitude des « malades » au sein de la société. Ces associations sont très souvent basées sur l'entraide, la solidarité et les contacts humains et deviennent ainsi un soutien émotionnel et affectif en constituant une grande famille de « malades ». Brièvement, les traits communs liés aux sentiments des malades faisant partie de ces associations sont les suivants:

- les « malades » se sentent confirmés dans leur rôle d'auto-soignant;

- ils sentent un renforcement de la maîtrise de leur état;
- ils s'affirment dans l'identité positive qu'ils sont parvenus à construire.

Nous pouvons remarquer donc, à la lumière de ce qui a été exposé précédemment, que ces valeurs et cette façon de faire face à la maladie sont similaires chez Yannick et autres sidéens ayant vécu un cheminement spirituel. En fait, pour Jourdenais, « [...] l'individu ne se construit pas seul, ne croit pas seul. Il a besoin que ses croyances soient partagées avec d'autres ce qui accroît la crédibilité et même la réalité, quoi qu'il en soit de sa propre expérience spirituelle. » (1998 : 40). Effectivement, nous pouvons supposer que les stages de Yannick s'inscrivent volontiers dans la lignée de ces associations de « malades ». Yannick a vécu une conversion au bouddhisme qui lui a permis de reconstruire une identité de « malade » qui faisait sens pour lui. Mais l'intégration sociale, avec cette nouvelle identité, se verra concrétisée plutôt dans des groupes de « malades » possédant environ les mêmes valeurs, revendication et vécu en ce qui concerne la maladie et pas spécialement dans un groupe bouddhiste, ce qui serait moins significatif socialement et ne procèderait pas nécessairement à une intégration sociale de Yannick avec cette identité positive de l'état de « malades ». D'autres sidéens ayant vécu un cheminement spirituel semblent aller dans cette voie :

J'ai fait le choix de vivre et de fréquenter du monde qui vit avec le VIH et ça me convient. Je m'accroche au sida parce que ma vie est là-dedans. Je fais le tour des groupes, pour me renseigner. C'est mon monde, on est pareil. J'ai besoin des autres. (Alain). (1998 : 46).

La paix intérieure Pierre l'a trouvée dans le Bouddhisme. En phase préterminale, son kaposi se répand de plus en plus, le rendant invalide d'un bras. Triste à l'idée de ne plus pouvoir soulager les autres grâce aux massages Reiki qu'il leur prodiguait gratuitement, Pierre raconte ses lectures, ses découvertes intérieures. (1998 : 47).

6.1 Contradictions et ambiguïtés

Nous avons vu précédemment que la problématique des maladies chroniques, faisant que ces individus devront vivre dans la majorité des cas avec leur maladie pour le reste de leurs jours,

fait que la relation médecin et patient change et que le médecin se voit dans l'obligation de réintroduire le patient comme acteur. À cet effet, Patrick Pinel dans son article « Médicalisation et procès de civilisation », explique que : « L'homme malade réapparaît, mais en position d'auxiliaire médical. » (1998 : 48). Effectivement, Hertzlich et Pierret parlent du fait que certains patients se font une fierté d'être auto-soignants et de participer avec le médecin à cette entreprise (1991 : 265), donc le fait de s'auto-soigner ne signifie pas nécessairement avoir recours à des méthodes alternatives, à moins de voir les limites de la médecine officielle, comme dans le cas de Yannick. L'idéal serait donc vraiment l'entraide mutuelle entre médecin et patient. Toutefois, il ne semble pas que cette relation d'entraide soit si simple actuellement.

Selon Patrick Pinell, cette position entraîne certaines contradictions, d'une part « [...] cette position de patient acteur de son propre traitement est en phase avec les valeurs idéologiques dominantes dans notre société, où la conscience de soi comme être autonome et responsable est devenue la représentation dominante de la relation de chacun au monde social. » (1998 : 48). Mais de l'autre, les médecins se voient aux prises avec de plus en plus de problèmes liés au manque de « compliance » de la part de leurs patients, c'est-à-dire que les patients ne suivent pas leurs recommandations ou n'adhèrent pas aux traitements qu'ils proposent.

C'est de cette contradiction que naît le développement d'associations de patients fondées sur l'idée d'entraide mutuelle, selon cet auteur qui définit ces associations comme « mettant en avant les valeurs de l'autonomie d'une part, donnant une forme collective à des expériences individuelles d'autre part, ces associations fonctionnent comme des lobbies, mais elles tendent aussi à stimuler et à structurer l'émergence d'identités sociales construites sur le fait de souffrir de telle ou telle maladie. Elle réclame de plus en plus le droit des patients de participer au travail médical [...] » (1998 : 49).

Hertzlich et Pierret admettent, également, que la relation qu'entretiennent ces groupes avec l'institution de la médecine officielle peut être très différente d'un groupe à l'autre et n'est pas nécessairement une collaboration et peut même devenir très opposée et revendicatrice. (1991 : 267). Enfin, plusieurs de ces groupes tentent de devenir partenaires dans le système de gestion de soins et de faire entendre la voix des « malades ». Selon ces auteures : « Les malades affirment donc qu'ils ont su élaborer, avec une finesse inaccessible au professionnel, une connaissance de leur état qui leur vient à la fois de l'intérieur et de l'extérieur. Cette

connaissance est, disent-ils, individualisée adaptée à leur personne et aux exigences de leur vie. » (1991 : 267). Ce que nous tentons de montrer ici c'est que bien qu'idéalement ce serait l'entraide mutuelle entre médecin et patient qui serait recherchée, plusieurs groupes de « malades » contestent plutôt un certain ordre médical de par leur manque de « compliance », entre autres. Ceci représente une première contradiction.

De plus, ce n'est pas parce que ces « malades » contestent l'ordre médical qu'ils contestent les valeurs sociales véhiculées en ce qui concerne les représentations de la santé et de la maladie dans la société. En fait, comme le mentionne George Canguilhem, ayant écrit une thèse de doctorat sur les polarités dynamiques du normal et du pathologique s'intitulant *Le normal et le pathologique*, citant Jasper :

C'est le médecin, dit-il, qui recherche le moins le sens des mots « santé et maladie ». Au point de vue scientifique, il s'occupe des phénomènes vitaux. C'est l'appréciation des patients et des idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle « maladie ». Ce que l'on trouve de commun aux diverses significations données aujourd'hui ou autrefois au concept de maladie, c'est d'être un jugement de valeur virtuel. « Malade est un concept général de non-valeur qui comprend toutes les valeurs négatives possibles. » (2003 : 74).

Nous revenons donc à notre questionnement sur ce que constitue cette vision négative que certains malades contestent, en ajoutant le fait que bien que l'on croit la contester nous pourrions nous retrouver tout aussi incarnés dans une vision qui, bien qu'elle soit positive, aille tout à fait dans la logique de performance, du bonheur idéalisé et de santé parfaite.

Susan Sontag, dans son livre, cherche à apaiser les réflexions du malade sur la maladie et à faire tomber les métaphores qui l'entourent, pour ne pas qu'il en souffre. Elle ne tente donc pas de donner un sens à la maladie, mais bien de lui enlever du sens, car comme elle le dira : « [...] maintes et maintes fois, j'ai constaté avec tristesse que les pièges métaphoriques qui déforment l'expérience du malade atteint du cancer ont des conséquences tout à fait réelles [...]. » (1993 : 135). Pour elle, certains patients, des suites de l'influence de métaphores négatives de la maladie telles que la maladie malédiction, punition, ou honteuse, viendraient à croire en divers traitements qu'elle considère comme inefficaces, tels que le régime alimentaire et la psychothérapie. Cette réflexion est importante pour nous, puisqu'elle vient

témoigner d'un possible glissement de la vision positive de « malades » qui est intégrée à la société comme malade fonctionnel et non en état d'échec personnel, ayant même parfois vécu un dépassement de lui-même, vers une vision de performance, de « santé parfaite » et de négation de la maladie elle-même, venant tout à fait s'incarner dans une vision sociale où on ne peut tolérer un ralentissement de nos capacités, de notre rendement et encore une perte d'autonomie.

Par exemple, Niro Markoff est une femme s'étant guérie du sida. Elle s'est principalement servie de l'alimentation, de l'exercice, de la visualisation, de la méditation et d'un travail d'expression de ces émotions négatives. Depuis, elle a créé une fondation pour aider les sidéens (SHARE) qui peut s'inscrire tout à fait dans les mouvements self-help dont nous avons déjà parlé. Elle a écrit un livre : *Comment je me suis guérie du sida* et la citation qui résumerait le mieux celle de sa pensée est celle d'Hippocrate qui dit : « Réjouissez-vous de vos pouvoirs intérieurs, car ils sont les sources de la perfection et de la sainteté en vous. »³¹

La croyance en d'autres techniques médicales et méthodes alternatives telles que la visualisation, la méditation, l'alimentation, la psychothérapie (que conteste Sontag) sont très présentes chez plusieurs malades affirmant avoir vécu un cheminement spirituel des suites de la maladie ou, du moins, des expériences se rapprochant des cas que nous avons observés. Nous pourrions même diviser le cheminement identitaire de Yannick en trois étapes : celle de la recherche de méthodes alternatives de soins, cheminement spirituel et conversion. Ce cheminement est récurrent, recherche de méthodes alternatives de soins et cheminement spirituel semblent aller souvent de pair, ne menant toutefois pas tous à une conversion.

Nous ne voulons contester les initiatives des malades auxquels, du reste, nous ne pouvons reprocher de tenter de trouver une autonomie et de se soigner autant qu'ils le peuvent, voire même d'espérer la guérison, lorsque cela semble impossible. Par contre, nous voulons simplement montrer, particulièrement avec l'exemple de Niro Markoff, qu'un certain glissement est possible. La vision positive de l'état de malade peut mener à une vision de la santé et de la maladie tout aussi ancrée dans une vision dévalorisante de la maladie, qu'il faut enrayer à tout prix. Nous croyons que ces efforts ne peuvent que fournir un stress en plus aux « malades » et non les libérer de certaines valeurs sociales oppressantes qui sont celles de la performance et de l'autonomie absolue, sans oublier celle de la « santé parfaite ». Marc Ferro

³¹Citation tirée du site Internet : <http://sergecar.perso.neuf.fr/documents/markof-assist.htm>. (Page consultée en octobre 2006).

mentionne clairement dans son livre *« Les sociétés malades du progrès »* : « (...) la prolongation de la vie et la ‘santé parfaite’ tiennent moins tant à la médecine qu’à l’organisation sociale. » (1998 : 71). Et alors, il semble évident que l’acharnement thérapeutique pourrait également se voir à l’œuvre dans la quête d’alternatives aux soins de santé traditionnels et dans un cheminement spirituel et que cette vision positive de la santé pourrait également venir d’une pression sociale, ce que nous analyserons dans notre recherche de terrain. Évidemment, comme nous l’avons mentionné, nous ne pouvons tout de même reprocher aux malades de tenter d’améliorer leur état... Ce qui nous amène dans une zone grise, comportant plusieurs ambiguïtés et contradictions en ce qui concerne l’acceptation de la maladie dans notre société occidentale, à savoir si cette acceptation se fait ou non.

Finalement, si nous revenons au cheminement de Yannick, nous pourrions dire que lorsqu’il dit ne pas rester passif face à la maladie et qu’il se prend en charge, ceci ne contredirait pas totalement, comme il le mentionne dans son témoignage, l’ordre médical et l’ordre social. La nouvelle réalité, impliquant bon nombre de maladies chroniques, fait en sorte que la relation médecin et patient change, comme nous l’avons vu. Toutefois, les visions de la mort et de la souffrance, qui amènent Yannick à ne pas se battre contre la maladie, pourraient être des notions plus intéressantes pour discerner une opposition à la vision actuelle de la santé et de la maladie dans nos sociétés occidentales. Notions pouvant démontrer même comment un cheminement personnel de construction identitaire, lié ici à une conversion ou à un cheminement spirituel, peut en venir à influencer une identité sociale plus vaste, en imposant un recadrage des notions de normalité et de pathologique.

7. Conclusion sur les notions de souffrance et de mort

Finalement, nous croyons que c’est plutôt lorsque les malades s’interrogent sur les notions de mort et de souffrance et de leur signification dans la société, et non nécessairement sur la signification de la maladie comme telle, que l’on pourrait remarquer une contestation de certaines valeurs dominantes comme la performance, la « santé parfaite » et l’autonomie absolue. Si nous nous attardons à deux citations de Yannick, traitant de la souffrance et de la mort, nous pouvons remarquer que la culture tibétaine qui dit que « toute la vie doit être une préparation à la mort », contribue à la prise de conscience chez Yannick que l’acceptation de la souffrance est une façon de grandir :

En Occident, nous vivons dans la négation de la mort et l'illusion que nous pourrions nous prémunir de la souffrance. (...). Intégrer la dimension fondamentale de ma propre impermanence n'a pas été du tout quelque chose de mortifère, mais bien au contraire, cela m'a permis de m'ouvrir à des messages de vie et d'espoir, en adoptant une autre lecture de la réalité des phénomènes qui m'entouraient.

La notion que j'avais de la guérison est en train de changer profondément. Je pensais, il y a encore peu de temps, que c'était retrouver un état « normal » d'immunité. À l'heure actuelle, je me demande si le défi que nous lance le sida n'est pas de nous amener à placer nos défenses à un autre niveau, non plus dans le combat et la défensive, mais dans l'ouverture à la vie, la confiance.

Dans cette dernière citation, nous pouvons percevoir l'ambiguïté dans laquelle nous risquons de tomber, lorsque nous tentons de discerner entre ce qui constitue un traitement rationnel et un traitement irrationnel, ainsi qu'une bonne ou une mauvaise conduite vis-à-vis de la maladie. Sontag a raison de nous mettre en garde, mais encore une fois attention, puisque malgré ce glissement possible, où la lutte contre la maladie, tant spirituelle que scientifique ou encore psychologique, devient un réel stress pour l'individu malade, il est tout aussi évident que si cet individu malade ne possède plus la même vision de la mort et de la souffrance, l'acharnement thérapeutique, selon qu'il soit spirituel, scientifique ou psychologique, n'a plus son sens et ceci entraînera inévitablement une autre manière de vivre, de se soigner, voire même de guérir de sa maladie...

Joseph Lévy *et al.*, parlent de la démystification de la mort que beaucoup de sidéens, ayant vécu une expérience spirituelle, disent avoir faite. En ce sens, l'acceptation de la mort comme un ordre naturel et la prise de conscience de leur fragilité les amènent parfois à se détacher de la mort au point de préférer une mort à court terme, plutôt que de souffrir. Ce qui vient poser les limites de l'acharnement thérapeutique selon les auteurs, puisque certains sidéens refuseront ou reporteront certains traitements médicaux. Pour certains, cette acceptation de la mort en vient à leur faire voir la maladie comme tout à fait normale dans l'existence humaine : « C'est la chose la plus importante dans ma vie (le sida) parce que ça m'a beaucoup changé, ma force, ma façon de voir le monde, l'univers, tout. C'est très normal qu'il y ait des maladies comme ça, c'est normal, c'est la vie. » (2002 : 170).

Enfin, plusieurs sidéens disent s'être rapprochés de la vie par leur vécu de la maladie, lorsqu'ils mentionnent, comme nous l'avons vu plus haut, que le sida est la plus belle chose qui leur soit arrivée pour améliorer leur qualité de vie, actualiser d'autres facettes de leur personnalité, etc. Ceci se rapproche de la vision de Maurice Bellet qui, dans le livre *Aimer la vie* écrit en collaboration avec plusieurs auteurs, a rédigé un chapitre sur le sentiment d'amour de la vie qu'il considère comme peu banal, « Reprendre goût à la vie, comment? ». Sur ce, il dira qu'à la suite de toutes sortes de malheurs tels la maladie, le deuil, etc. : « [...] revenir à la vie, ou plutôt y venir enfin, n'est pas endormir et oublier les désillusions ou les abîmes qu'en passant par la mort nous avons pu connaître. C'est au contraire traverser, traverser tout, même l'en bas; c'est ne rien renier de ce qui fait l'homme; [...]. » (2005 : 49).

Herzlich et Pierret, lorsqu'elles s'intéressent aux différents rôles de malade d'hier à aujourd'hui, mentionneront le fait que le refus de mourir de la maladie, donc de ne pas en guérir, serait plus présent à l'heure actuelle : « L'impuissance, naguère évidente, est aujourd'hui intolérable. La mort est moins l'issue 'naturelle' de la maladie que l'échec de la conduite du malade et du médecin. Reste pourtant qu'elle finit toujours par l'emporter. » (1998 : 175). On comprend mieux dans cette optique comment la quête d'alternatives vient, parfois avec raison, pallier à l'incapacité de la médecine traditionnelle, mais peut devenir un acharnement dans cette lignée de la non-acceptation de la souffrance et de la mort, comme un fait normal de la vie humaine.

Finalement, George Canguilhem démontre bien, dans sa thèse, comment l'opposition entre individu sain et malade procède d'un non-sens : « Nous dirons que l'homme sain ne devient pas malade en tant que sain. Aucun homme sain ne devient malade, car il n'est malade qu'autant que sa santé l'abandonne et en cela il n'est pas sain. L'homme dit sain *n'est* donc pas sain. Sa santé est un équilibre qu'il rachète sur des ruptures inchoatives. La menace de la maladie est un des constituants de la santé. » (2003 : 217).

Donc, toute cette construction identitaire si elle ne se veut que pour fuir l'identité de malade et demeurer dans la catégorie « sain », mais « sain » à tout prix, bien qu'elle vienne contester l'ordre médical, s'inscrit directement dans les représentations du bonheur idéalisé, de la « santé parfaite », du souci de performance et d'autonomie absolue véhiculé actuellement dans les sociétés occidentales. Toutefois, si entre « sain » et « malade » se construit un pont qui vient remettre en question cette vision plutôt négative de la maladie, notamment par une

vision différente de la souffrance et de la mort telle que véhiculée par certaines spiritualités et religions, et que cette remise en question vient du même coup interroger les limites entre le normal et le pathologique, ce cheminement identitaire de certains individus « malades » pourrait venir transformer une représentation sociale plus vaste sur ce que signifie être humain et « normal ».

Nous reviendrons sur ce questionnement lors de l'analyse de notre recherche de terrain que nous avons effectuée auprès des individus sains, n'étant pas atteints d'une maladie ou d'un trouble les empêchant de fonctionner, et d'individus atteints d'une maladie. Mais, d'abord, nous souhaitons nous intéresser au rapport à la santé de l'individu occidental contemporain afin de compléter nos investigations des deux premiers chapitres en ce qui concerne le rapport à la maladie.

CHAPITRE III

Le rapport à la santé de l'individu contemporain

Afin de déceler le rapport que l'individu moderne entretient avec sa santé, il va de soi que nous devons au préalable nous poser la question à savoir qui est l'individu moderne? Quelle est son identité? De qui parle-t-on lorsque nous parlons de l'individu moderne et à quoi faisons-nous référence? Nous allons donc tenter d'analyser l'identité de l'individu moderne à l'aide de quelques auteurs clefs, tels qu'Alain Ehrenberg, Norbert Elias, Jean Foucart, Christopher Lasch, Gilles Lipovetsky et Charles Taylor. Nous voulons comprendre le rapport que l'individu entretient avec lui-même d'abord, d'où vient ce souci de soi si prégnant de nos jours? Souci de soi nous menant à une « sensibilité thérapeutique »³² grandissante et donc à un rapport étroit avec la santé.

Évidemment, étudier l'identité de l'individu moderne peut constituer une thèse en soi. Taylor a d'ailleurs rédigé plusieurs livres sur le sujet. Dans *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity* (1992), il analyse cette identité en considérant comment la conception du moi actuel remonte à certaines images anciennes liées à saint Augustin et à Descartes, entre autres. Elias, dans son livre *La société des individus* (1991), remonte également jusqu'à Descartes et à la domination de l'Homme sur la nature pour expliquer l'identité contemporaine. Ces travaux sont très intéressants et évidemment pertinents, mais nous devons limiter notre analyse. Nous tenterons donc d'analyser la période de l'après-guerre, essentiellement. Nous étudierons les changements dans les différentes conceptions de la notion de sujet et d'identité allant particulièrement de pair avec certains bouleversements politiques et sociaux des années 60-70. Cette période effervescente est au centre de transformations profondes liées à l'identité de l'individu moderne et à son rapport avec la santé, à notre avis.

Le personnage mythologique qui semble tout désigné pour symboliser l'individu moderne est celui de Narcisse. Plusieurs auteurs y font référence, mais Lasch est certainement l'un des premiers en en faire le symbole de l'Homme occidental moderne. Toutefois, certains aspects

³² La « sensibilité thérapeutique » ou, plus précisément, « Therapeutic Sensibility » est un concept que Christopher Lasch a mis de l'avant dans son livre : *The Culture of Narcissism. American Life in An Age of Diminishing Expectations*, New York, Warner Books, W.W Norton & Company, Inc., 1979, 268p. Ce concept nous sera fort utile dans l'analyse de notre sujet d'étude, puisque par l'analyse de l'identité moderne nous voulons en venir au rapport que cet individu entretient avec sa santé.

de la pensée de Lasch sur la modernité sont contestés, notamment par Taylor (1991) et Giddens (1994). Nous pourrions affirmer grossièrement que certains auteurs sont plus positifs face à la modernité et aux transformations de l'individu moderne et d'autres plus négatifs, que l'on nomme « détracteurs » de la modernité, dont Lasch. Nous nous devons donc d'analyser ces deux points de vue afin de cerner, autant que possible, l'identité moderne sous plusieurs aspects. Nous ne pourrions d'ailleurs en arriver ni à statuer sur cette identité ni à l'arrêter dans le temps. Elle est et sera toujours en constante mouvance. Le but est d'en comprendre certaines des transformations profondes actuelles afin de saisir ce qui fait que la santé semble prendre une place prépondérante dans la vie de l'individu moderne.

1. La clef de la modernité : l'individualisme

Nous débuterons notre analyse par un fait qui est discuté et souligné par bon nombre d'auteurs qui ont la modernité comme objet d'étude : l'individualisme moderne. De Munck, Foucart, Lasch, Lipovetsky et Taylor, entre autres, y consacrent plusieurs pages. L'individualisme moderne est une clef nous permettant de cerner le rapport à soi de l'individu contemporain. De Munck souligne clairement que : « L'individualisme est bien une des clefs de la société moderne : en faire l'économie serait se condamner à ne rien comprendre à notre présent. » (1997 : 135). Le souci de soi contemporain est un point central nous permettant de mieux cerner le rapport que l'individu moderne entretient avec la santé. Ce pour quoi, également, nous commençons par l'analyse de cet aspect particulier à la modernité.

D'abord, l'individualisme contemporain serait lié à plusieurs faits sociologiques. Selon nous, deux tendances lourdes résument et lient entre elles les thèses des différents auteurs : la perte du sens de continuité historique liée à la dépolitisation de l'individu contemporain et à sa désillusion dans les causes collectives et les mouvements moraux ou religieux universalistes; et la possibilité actuelle pour chaque individu de choisir son mode de vie et d'agir selon ses convictions personnelles, créant ainsi un flou dans les règles de réussites sociales et une responsabilisation croissante de l'individu moderne par rapport à son existence.

1.1 La désillusion

Selon Lasch, la société contemporaine ne croit plus en l'avenir. Le tableau est plutôt sombre, désastres écologiques, holocauste nazi, guerre du Vietnam, menace nucléaire. La fin paraît imminente et aujourd'hui nous pourrions facilement ajouter plusieurs événements à la liste : lutte anti-terroriste, catastrophes naturelles, crises économiques, etc. De plus, toujours selon Lasch, l'individu contemporain ne croit plus en la postérité, c'est-à-dire qu'il a perdu le sens d'appartenance à une génération passée s'étendant vers le futur; ce qui fait que : « People busy themselves instead with survival strategies, measures designed to prolong their own lives, or programs guaranteed to ensure good health and peace of mind. (1979 : 4). Puisque la société n'a pas d'avenir : [...] it makes sense to live only for the moment, to fix our eyes on our own 'private performance,' to become connoisseurs of our own decadence, to cultivate a 'transcendental self-attention.' » (1979 : 6).

Pour Lasch, qui est davantage détracteur de la modernité, l'individu moderne est désengagé et désintéressé par le monde extérieur, particulièrement à cause de cette désillusion profonde vis-à-vis des institutions politiques et de l'avenir de la société moderne elle-même. D'où l'idée de la culture de Narcisse. Nous approfondirons cette idée davantage lorsque nous expliquerons la notion de « sensibilité thérapeutique » de Lasch un peu plus loin. Mais, à ce stade-ci, disons simplement que Narcisse est profondément intéressé par lui-même essentiellement ce pour quoi il semble bien définir, en partie, l'identité de l'individu moderne. De Munck dit également :

On ne peut nier le changement social qui se déroule sous nos yeux. Depuis une trentaine d'années, les discours moraux universalistes s'estompent, les anciennes médiations collectives se fragilisent, pour céder la place à un individualisme d'un style nouveau, narcissique et sans illusion. Tout se passe comme si l'Occident entrait dans une nouvelle période alexandrine, où se cultive le souci de soi et le salut individuel dans un monde que l'on a renoncé à maîtriser sur le plan collectif. » (1997 : 134).

Enfin, le sociologue Jean Foucart parle, quant à lui, d'un nouvel individualisme « ultramoderne » :

L'individu contemporain aurait en propre d'être le premier individu à vivre en ignorant qu'il vit en société. Il l'ignore en ceci qu'il n'est pas organisé au plus profond de son être par la précedence du social et par l'englobement au sein d'une collectivité, avec ce que cela a voulu dire millénairement durant, de sentiment d'obligation et de dette. L'individu contemporain, ce serait l'individu déconnecté symboliquement et cognitivement du point de vue du tout, l'individu pour lequel il n'y a plus de sens à se placer du point de vue de l'ensemble. (2009 : 165).

Ce qui n'empêche pas l'individu contemporain de chercher des regroupements et de s'investir dans des causes humanitaires et sociales. Nous pourrions argumenter qu'il semble tout de même y avoir un engouement pour ces causes diverses, à saveur collective, actuellement. Mais pour le philosophe Lipovetsky, ceci n'est pas opposé à la culture de Narcisse. Selon cet auteur, il y a actuellement un nouveau rapport à l'autre qui se dessine et un « engouement relationnel particulier, ainsi que l'atteste la prolifération des associations, groupes d'assistance et d'entraide. » (1983 : 21). Donc l'individu moderne n'est pas complètement asocial et déconnecté de la collectivité. Mais ces regroupements attestent tout de même de l'ère de Narcisse par leur direction hyperspécialisée (regroupements des veufs, des alcooliques, des malades, des parents d'enfants homosexuels, etc.). Il y a bien « rétraction des visées universelles » selon Lipovetsky, mais, d'autre part, il existe le désir de se « retrouver entre soi, avec des êtres partageant les mêmes préoccupations immédiates et circonscrites. Narcissisme collectif : on se rassemble parce que l'on est semblable [...]. » (1983 : 21).

Finalement, Lipovetsky commente l'idée de la culture de Narcisse et dit : « Un nouveau stade de l'individualisme se met en place : le narcissisme désigne le surgissement d'un profil inédit de l'individu dans ses rapports avec lui-même et son corps, avec autrui, le monde et le temps, au moment où le 'capitalisme' autoritaire cède le pas à un capitalisme hédoniste et permissif. » (1983 : 71). Toutefois, le narcissisme ne serait pas lié au désengagement politique du moment, selon lui, comme le soutient Lasch, mais plutôt au « surinvestissement concomitant des questions subjectives » (1983 : 20). En effet, et ceci est lié à notre prochain point, tous les goûts, toutes les valeurs et croyances confondues, tous les modes de vie différents, peuvent maintenant cohabiter sans s'exclure. Il y a donc surinvestissement des questions subjectives par l'infinie possibilité de choix individuels. Ce qui contribue à engendrer la culture de Narcisse, puisque le « Moi » est de plus en plus sollicité et est de plus en plus l'objet d'investigations. En somme, les lumières sont braquées sur lui, ce qui peut

générer incertitudes, interrogations et angoisses. Sans oublier le poids de la responsabilisation croissante des individus modernes par rapport à leur mode de vie, leur santé et leur bien-être ainsi que leur bonheur et, par déduction logique, leur Salut. Selon nous, on ne peut justement nier le fait que l'individu contemporain subit indéniablement une pression venant de l'extérieur en ce qui concerne notamment les représentations de la santé et du bien-être. Il y aurait peut-être certaines normes à suivre à cet effet, ce que nous approfondirons un peu plus loin. L'individu moderne ne serait donc pas aussi libre que l'on pourrait le croire face à ces nouvelles normes sociales liées à la santé et au bien-être. Soulignons d'ailleurs, ici, la critique de Giddens à l'égard de la théorie de Lasch :

[...] nous devrions considérer un défaut dans la déclaration de Lasch. Une « quête sans fin de la santé et du bien-être » cadre mal avec le désintérêt vis-à-vis du monde extérieur. Les bienfaits de l'exercice ou du régime alimentaire ne sont pas des découvertes personnelles, mais sont des retombés au niveau profane de connaissances spécialisées, tout comme le recours aux thérapies et à la psychiatrie. Les régimes spirituels en question peuvent être un assemblage éclectique, mais ils comprennent des religions et des cultes de toutes les parties du monde. Le monde extérieur ne se contente pas ici de faire irruption; c'est un monde extérieur d'un caractère bien plus vaste que celui auquel on pouvait avoir accès à l'époque pré-moderne. (1994 : 130).

Effectivement, cette question est également passionnante, l'individu moderne aussi désintéressé semble-t-il par le monde extérieur, est de plus en plus sollicité, comme le dit Lipovetsky par celui-ci et ce monde extérieur actuellement a des frontières beaucoup plus vastes et étendues que de par le passé.

1.2 Une société en réseaux : l'individu au cœur d'un nouveau système

Nous citerons ici deux auteurs ayant particulièrement analysé certains changements majeurs dans la notion de société, et liés précisément aux réseaux planétaires : Norbert Elias et Joël de Rosnay³³. Si la notion de société change radicalement en ce moment, évidemment l'individu en est affecté. D'abord, Elias parle d'un nouveau processus d'intégration de l'individu moderne à une société planétaire qui fait donc de moins en moins référence à l'état comme il

³³ Joël de Rosnay est Docteur ès sciences et nous nous inspirerons, ici, de son livre : *L'homme symbiotique. Regards sur le troisième millénaire* rédigé en 1995 aux éditions du Seuil à Paris, 350p.

y a cinquante ans. Actuellement, la survie de l'être humain passe par la survie de l'humanité tout entière, l'appartenance à l'humanité est donc inéluctable. Ce qui fait dire à Elias que : « On peut se féliciter ou non de l'intégration croissante de l'humanité. Mais une chose est certaine, c'est qu'elle commence par renforcer l'impuissance de l'individu face à ce qui se déroule au niveau supérieur de l'humanité. » (1991 : 220). Ce qui nous fait dire par ricochet que si l'individu moderne se sent de plus en plus dépassé par les événements mondiaux, il essaiera donc d'avoir un contrôle sur ce qu'il semble le mieux pouvoir contrôler et ce sur quoi sa société semble l'encourager de plus en plus à se responsabiliser : sa santé et son mode de vie ainsi que ses convictions personnelles.

Quant à de Rosnay, il va loin dans sa vision d'« hyperréseaux » planétaires. Plus précisément, il parle de « cybionte » : « Macro-organisme planétaire actuellement en construction. Superorganisme hybride, biologique, mécanique et électronique, incluant les hommes, les machines, les réseaux, les sociétés. » (1995 : 134). Donc l'Homme futur n'est pas qu'un individu à la dérive, il est inclus dans un réseau planétaire qui le dépasse soit, mais qui peut lui permettre d'accéder, selon l'auteur, à « [...] d'extraordinaires moyens de connaissance et d'action. » (1995 : 128). Pour de Rosnay, l'Homme du futur est symbiotique. Il considère l'homme, la société et la technosphère³⁴ comme un *ensemble coévolutif*, c'est-à-dire que l'Homme ne sera pas remplacé par la machine, tant physiquement que mentalement, mais nous allons voir une *coévolution* entre l'Homme et la technologie qui contribuera à former un Homme nouveau avec d'autres capacités intellectuelles et d'autres possibilités d'actions. Nous n'irons pas plus loin, ici, dans l'explication de cette théorie. Mais ce que nous voulons faire ressortir afin de peaufiner le sujet qui nous intéresse, soit l'identité de l'individu moderne, c'est que loin d'avoir perdu toutes assises sociales, il y a construction d'un nouvel ordre social incluant les individus modernes. De Rosnay élabore dix règles d'or de l'Homme symbiotique. Nous aimerions en analyser deux, particulièrement liées à l'identité de l'individu contemporain.

Premièrement la règle de la subsomption : « l'art de la subsomption consiste à intégrer sa propre individualité dans un 'plus grand que soi' pour en tirer avantage et donner du sens à son existence. En abandonnant une part de l'individualisme [...], il devient possible de créer des associations symbiotiques. Chacun bénéficie de règles reconnues par tous et peut ainsi

³⁴ Ensemble d'outils, de techniques et de machines (mécaniques et électroniques) assurant la production, la reproduction et le maintien de l'organisme sociétal. P. 339.

accéder à un niveau supérieur de liberté et de responsabilité. » (1995 : 319). Dans le futur, nous serions donc libres dans le système, un système qui nous dépasse. Cette vision est intéressante, puisque plusieurs auteurs analysant l'identité de l'individu moderne, dont particulièrement Lasch et Lipovetsky, soulignent la banalité qui guette l'individu contemporain en ce sens qu'ayant abandonné toute forme d'idéaux sociaux, religieux et politiques et s'étant replié dans un souci de soi démesuré, sa vie manque de sens et d'envergure. Mais si nous intégrons ce souci de soi à un tout plus grand que nous-mêmes en contribuant à cette construction du macro-organisme dont parle de Rosnay, ceci contribuerait à créer du sens chez l'Homme moderne, mais y sommes-nous vraiment rendus? Nous parlons du futur. Pour Elias, il existe un décalage entre l'« image de nous » de l'individu moderne et « la réalité du réseau d'interdépendances planétaires [...] » (1991 : 294). Selon Elias, c'est l'identité du « nous » qui est en retard. Ce qui pourrait donc expliquer cette ère d'individualisme. Mais comme nous l'avons mentionné l'identité de l'individu est en constante mouvance, à chaque instant nous nous adaptons. Nous pourrions d'ailleurs souligner ici, au passage, les nouveaux réseaux sociaux sur Internet comme les différents Blogs et Facebook, entre autres, qui constituent de nouveaux espaces relationnels où l'on doit bien remarquer une certaine identité collective avec une façon de procéder et certaines règles à suivre³⁵. Mais, encore là, selon les sociologues Vrancken et Macquet, il ne s'agirait pas d'un espace que l'on pourrait concevoir comme une société, mais plutôt simplement comme un espace relationnel à saisir, où l'individu serait constamment en train de s'ajuster à l'autre sans nécessairement s'impliquer davantage par rapport à l'autre. Finalement, ils diront que : « S'exprimant à travers la connexion, la quête de relations souvent éphémères, le Soi [contemporain] irait de pair avec une société en réseaux. » (2006 : 142).

La seconde règle qu'élabore de Rosnay et que nous voulons mentionner en conclusion à cette partie, est celle de « *fractaliser les savoirs* : communications, éducations et cultures modernes ne peuvent désormais se fonder sur une conception linéaire et encyclopédique des connaissances. La production et la transmission des savoirs complexes et interdépendants nécessitent une approche fractale et hypertextuelle de l'organisation des informations. La fractalisation de ces savoirs crée des germes de connaissances restructurables par chacun selon son approche personnelle. » (1995 : 320-321). Et voilà, l'individu moderne en est là,

³⁵ Encore là, ce sujet pourrait constituer une thèse de doctorat en soi et nous sommes conscients que nous ne faisons qu'effleurer la question. De plus, nous n'avons pas une connaissance approfondie de la littérature sur la question. Nous soulignons cet aspect simplement pour illustrer le fait que la société change constamment de forme et, par conséquent, l'identité et la psychologie de l'individu également.

puisque d'une certaine façon son souci de soi est une quête identitaire, à notre avis, et il élabore donc différentes stratégies personnelles à cet effet, dont celle de fractaliser les savoirs et de créer des germes de connaissances qu'il reconstruit en fonction de ses convictions personnelles ou de son mode de vie, entre autres. Mais, et c'est ce que nous analyserons dans le prochain point, l'individu moderne semble se perdre dans cette construction ou, du moins, avoir un lourd poids sur les épaules : celui de sa liberté. Peut-être justement parce qu'elle ne fait pas sens sans l'actuelle identité du nous dont parle Elias.

1.3 Liberté individuelle : le poids de la responsabilisation

Pour Taylor, lorsque l'on discute de l'individualisme moderne, le fait que nous vivons dans un monde où nous pouvons choisir notre mode de vie et vivre selon nos convictions personnelles est très important et peu d'individus se priveraient de cette liberté qui est de toute évidence plus positive que négative (1991 : 2). Mais pour certains, il y aurait perte de sens par le fait que l'individu n'appartient plus à un ordre qui le dépasse en tant qu'individu, nous sommes nos seuls guides. Nous nous sommes libérés des anciennes hiérarchies sociales basées très souvent sur un ordre religieux ou politique, et notre liberté vient en grande partie de cette séparation : l'émancipation des années 60-70. Notre existence repose donc désormais sur nos choix personnels et comme le dit De Munck, la norme prend des formes multiples et indéterminées. Pour cet auteur, on produit donc actuellement un nouveau sujet, celui de l'authenticité, qui vient remplacer le « *sujet de la discipline* » qui se fiait à des règles sociales élaborées hors de lui pour guider son existence : « [...] *le sujet de l'authenticité* se trouve lui dans un contexte où les règles sont floues et contradictoires, où les indéterminations sont très grandes, et où les options sont nombreuses. Dès lors, toute la charge de la stabilisation d'un monde retombe sur ses épaules d'individu. » (1997 : 145). Au final, l'individu moderne ferait donc bel et bien face au poids de cette liberté.

Ehrenberg est un auteur ayant particulièrement travaillé sur cet aspect. Dans son livre, *La fatigue d'être soi*, il s'intéresse principalement à la dépression, fléau contemporain de masse. Selon cet auteur, les nouvelles normes sociales sont de l'ordre du choix personnel, du projet, des motivations et de la communication. (1998 : 14, 250). Il y a émancipation face aux anciens ordres provenant de l'extérieur de l'individu, mais déplacement vers de nouvelles formes de normalisation liées à la responsabilisation individuelle et à l'initiative. Avant les

individus portaient le poids de la culpabilité, maintenant celui de la responsabilité et si l'individu moderne ne répond pas aux attentes de responsabilisation, il sera mis en marge de la société : « La mesure de l'individu idéal est moins la docilité que l'initiative. Ici réside l'une des mutations décisives de nos formes de vie, parce que ces modes de régulation ne sont pas un choix que chacun peut faire de manière privée, mais une règle commune, valable pour tous sous peine d'être mis en marge de la sociabilité. » (1998 : 15). Selon Taylor, de tout temps certains individus ont sacrifié leur vie affective ou familiale pour leur carrière, mais ce qui est nouveau actuellement c'est que « many people feel *called* to do this, feel they ought to do this, feel their lives would be somehow wasted or unfulfilled if they didn't do it. » (1991 : 17). L'individu dépressif est donc un individu en panne, selon Ehrenberg. C'est une « pathologie de l'insuffisance » face aux nouvelles règles sociales qui ne commandent plus un conformisme de pensée ou un automatisme de conduite, mais exigent de l'initiative et des aptitudes mentales. (1998 : 15).

Aujourd'hui, nous vivons à une époque où nos besoins matériels sont centuplés et où divers médias nous passent constamment des images de personnes « ordinaires » ayant réussi l'impossible, étant devenues des stars, ayant suivi leur rêve et, ainsi, devenant des modèles par leur initiative et leurs actions ou simplement par leur chance et leur instinct. Ils ont suivi leur voie et sont à l'image de ceux qui ont réussi leur vie. Pour Ehrenberg : « La dépression et l'addiction sont les noms donnés à l'immaîtrisable quand il ne s'agit plus de conquérir sa liberté, mais de devenir soi et de prendre l'initiative d'agir. [...] Telle est l'équation de l'individu souverain : libération psychique et initiative individuelle, insécurité identitaire et impuissance à agir. » (1998 : 250). Actuellement, nous semblons effectivement vivre dans un monde des possibles. Tout est possible, mais surtout, tout repose sur nos épaules. Nous ne voulons certainement pas rendre l'individu contemporain victime de son émancipation. Tout ce que nous discutons, ici, c'est le prix à payer. Nous pourrions également poser la question à savoir si l'individu contemporain est réellement libre. Nous avons discuté du fait qu'il existe de toute évidence de nouvelles normes dans notre société qui peuvent devenir oppressantes, voire nous rendre malades. La question se pose donc bel et bien.

Selon nous, une illusion de contrôle sur l'existence et un devoir de maîtrise de soi se sont emparés des individus contemporains et lorsqu'ils ne peuvent les atteindre ceci équivaut à l'échec et les mène à l'angoisse. En ce qui concerne notre sujet d'étude lié à l'obsession de la santé parfaite, nous croyons justement qu'une des facettes de l'existence qui est devenue de

plus en plus maîtrisable dans l'imaginaire collectif est celle de la santé. Par exemple, selon la sociologue Céline Lafontaine, il y a sacralisation du génome qui porterait en soi dans l'imaginaire scientifique et médiatique le gène de l'immortalité. Sur ce, Rose affirme que ce « geneticism » des identités contribue inévitablement à un changement dans la vision des subjectivités ainsi que des capacités et des incapacités humaines (2001 : 2). Lafontaine dira : « Loin d'être le résultat d'une pure domination scientifique s'imposant de l'extérieur aux individus, la politique moléculaire favorise, selon Nikolas Rose, la création d'une nouvelle forme de subjectivité où chacun devient responsable de sa santé. Conçue en termes de probabilité, la connaissance de ses prédispositions génétiques et des facteurs de risques face à telle ou telle maladie procure le sentiment de pouvoir contrôler et perfectionner indéfiniment son corps afin de lutter contre la maladie et, ultimement, de prolonger sa vie. » (2008 : 108).

Cette nouvelle responsabilisation cadre tout à fait avec la dépolitisation des individus contemporains et la culture de Narcisse dont nous avons déjà discuté. Actuellement, la nouvelle émancipation à conquérir serait celle du corps. Selon Ross, « in and through such developments, human beings in contemporary Western culture are increasingly coming to understand themselves in somatic terms – corporeality has become one of the most important sites for ethical judgments and techniques. » (2001: 21). Et, toujours selon Ross, cette nouvelle réalité, en ce qui a trait à l'identité de l'individu contemporain, est bien liée à la création de nouvelles normes sociales : « Thus, new norms of human capacities and longevity were born in the sanitization and hygienization of urban existence in the nineteenth century ; new norms of recovery and cure were born in the clinical hospitals ; new ways of posing the relations between fate, life, and health were born in the development of epidemiological knowledges of the distributions of disease and their social correlations. » (2007: 76). Robert Crawford, professeur dans le domaine de l'interdisciplinarité en arts et sciences à l'Université de Washington Tacoma, mentionne clairement que le corps est un objet social (1984 : 60)³⁶ et fait le lien également entre le phénomène individuel de la poursuite de la santé et celui d'une certaine forme de contrôle social lié à ce qu'il nomme « the healthism » : « The pursuit of health has become a highly valued activity in modern and contemporary life, commanding enormous resources and generating an expansive professionalization and commercialization along with attendant goods, services and

³⁶ Sur ce point, il rejoint plusieurs auteurs en anthropologie dont particulièrement Nancy Scheper-Hughes et Margareth M. Lock : « The Mindful Body : A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology » *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1, 1987, p. 6-41.

knowledge. Health has also become a focal, *signifying* practice. As a 'key word', health is constructed in relation to social structures and experience and systematically articulated with other meanings and practices. » (2006: 401). Ces nouveaux paradigmes politique, social et médical liés au « geneticism » et à l'« healthism » cadrent donc avec le souci de soi exacerbé des individus contemporains. Selon Lafontaine: « Reposant sur une conception de la liberté en termes de jouissance individuelle et d'accroissement des expériences personnelles, le narcissisme contemporain semble donc indissociable de la 'biologisation de la culture' dans la mesure où la poursuite de la vie en elle-même devient un objectif indépendamment de toute autre dimension culturelle, sociale ou politique. » (2008 : 140).

In fine, pourrions-nous affirmer qu'actuellement, par le biais du poids de la responsabilisation, il existe bel et bien un poids individuel lié au devoir d'être bien portant et à la maîtrise de soi? Selon Foucart : « L'individu est confronté aux exigences de sa liberté et de sa souveraineté. Il a l'obligation d'être libre et responsable. [...] Les fautes et les échecs ne résident plus dans le monde ou dans la volonté divine, mais en soi-même [...]. » (2009 : 207). Et Ulrich Beck a clairement démontré que, dans ce contexte d'individualisation, on transforme les causes extérieures à certains événements de la vie (comme le chômage) « en responsabilités individuelles, et les problèmes liés au système en échecs personnel. » (2001 : 202). Finalement, Vrancken et Macquet soulignent également ce fait dans leur analyse de l'individu moderne : « Dorénavant l'individu se verrait directement impliqué dans une responsabilisation par rapport aux situations vécues. [...] L'individu défaillant serait réputé incapable. Incapable d'avoir fait les bons choix, d'avoir mobilisé les bonnes cartes, d'être sorti à son avantage d'une multiplicité de joutes quotidiennes. » (2006 :140).

Nous en arrivons donc à un consensus chez nombre de spécialistes contemporains s'intéressant à l'identité de l'individu moderne : si liberté il y a, ce n'est pas sans l'existence d'une responsabilité individuelle pouvant devenir écrasante. L'individu moderne doit réussir son existence et la santé devient un élément très important de réalisation personnelle.

1.4 L'influence et les bénéfices sociaux liés à la responsabilisation croissante de l'individu vis-à-vis de sa santé

Existe-t-il un poids individuel lié au vécu de la santé? Peut-être. Nous analyserons ce point dans la deuxième partie de cette thèse liée à l'analyse de nos données de terrain. Toutefois, il existe certainement un poids collectif lié à la santé. On ne cesse de parler actuellement du coût de la santé qui augmente. Selon Evans et Stoddart : « [...] les sociétés contemporaines consacrent en particulier une large part de leurs ressources économiques à la production et à la distribution de soins [...]. L'activité de soins, qui mobilise ces ressources et les transforme en divers types de biens et services liés à la santé, constitue dans tous les États modernes un des plus importants secteurs d'activités économiques. » (1996 : 37). Marc Renaud, dans « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique » (1995), fait un léger retour historique et explique certains glissements idéologiques ayant trait au système de soins actuel. Il mentionne que, dans les années 60-70, le Canada a mis sur pied les programmes d'assurance-hospitalisation puis d'assurance-maladie dans le but que tous, indépendamment de leur revenu, âge ou lieu de résidence aient accès aux soins. Toutefois, à la même époque, plusieurs groupes différents au sein de la société (féministes, écologistes, épidémiologistes, consommateurs et autres) critiquent la vision médicale de la santé et de la maladie. Ce qui est particulièrement nouveau et provoque une véritable « crise culturelle de la médecine », selon l'auteur. Ces détracteurs de la vision médicale aimeraient voir l'avènement d'une médecine plus « globale ».

Dans la foulée des mouvements d'émancipation personnelle et de « sensibilité thérapeutique » des individus qui deviennent de plus en plus attentionnés à leur soi, leur corps et leur bien-être, ceci semble une critique logique. Toutefois, le texte de Renaud est particulièrement intéressant, puisqu'il montre bien comment cette idée est reprise par l'État à son avantage. En fait, il démontre comment, dans les années 70, le concept de « médecine globale » et la question de la prévention en viennent à avoir une importance capitale que nul n'avait prévue. Selon l'auteur :

Indirectement, l'apparition de cette idéologie de la prévention faisait l'affaire de ceux qui, aux prises avec la croissance des coûts du secteur, cherchaient à imposer une logique de rentabilité. Grâce à l'insistance sur la prévention, il devenait en effet

légitime de soutenir l'idée que l'hôpital, de principale ligne de défense contre la maladie, allait devenir la dernière et ultime barricade qu'une société se donne pour se protéger de la maladie. (1995 : 204).

C'est donc dans ce contexte idéologique que le ministre fédéral de la santé a publié un rapport sur les *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, mieux connu sous le nom de *Rapport Lalonde*. Voici une partie de ce rapport, cité par Renaud, qui est très éloquente face à la responsabilisation de l'individu moderne vis-à-vis de sa santé :

Face à tous ces dangers pour la santé qui tirent leurs origines dans l'environnement et le comportement humain, le système actuel des soins ne sert guère à autre chose qu'à accueillir et soigner les victimes de ces abus. Les hôpitaux, les médecins, les chirurgiens et la profession infirmière consacrent le gros de leurs efforts au traitement des maladies causées par des éléments nocifs du milieu et des excès sur le plan individuel. Il nous apparaît maintenant manifeste que l'assainissement du milieu, la réduction des risques auxquels l'individu s'expose délibérément et la connaissance approfondie de la biologie humaine, constituent des préalables essentiels à la réalisation d'une vie meilleure, plus longue et plus saine, pour un nombre accru de Canadiens. [...] En conséquence, le gouvernement du Canada se propose dorénavant d'accorder à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie, autant d'importance qu'au financement du système de soins afin que les Canadiens puissent bénéficier des nombreux avantages découlant des ces quatre grands moyens d'action. (1995 : 204, 205).

Plusieurs auteurs en sociologie et en anthropologie se sont particulièrement intéressés au système de santé publique et aux efforts de prévention dont, notamment, Raymond Massé (1995, 2003) et Deborah Lupton (1995). Notre but ici n'est pas d'analyser ce système en profondeur, mais bien de démontrer qu'émancipation de l'individu moderne il y a eu, soit, mais que l'influence du social demeure toujours importante dans la modélisation de l'identité individuelle. Il existe donc bien de nouvelles normes sanitaires qui régissent l'agissement de l'individu moderne, et ce, aussi libre soit-il. Toujours selon Renaud, « c'est par une série de critères sanitaires que doit se définir le 'bon' citoyen des années 1980. » (1995 : 205). L'effet médiatique est palpable actuellement et ce qui est intéressant c'est que ces normes semblent être perçues collectivement comme un ajout à notre liberté, c'est-à-dire, dépendantes de notre

contrôle sur nous-mêmes et de notre « performance » à cet effet. Nous pouvons donc lire des phrases destinées aux grands publics qui ressemblent à ceci, selon l'éditorial de Jean-Louis Servan-Schreiber de la revue *Psychologies* intitulé « L'âge du bonheur » : « L'important n'est pas la durée totale de notre existence, mais celle des années où nous restons en forme pour pouvoir en profiter. Or, c'est autour de 68 ans que les tracas de santé et les incapacités surviennent. Après, ça devient moins drôle, et la différence se creuse entre ceux qui ont fait ce qu'il faut pour se maintenir en bonne santé et les autres. » (2009 : 7). Mais qui sont ces « autres » dont parle Jean-Louis Servan-Schreiber? Les individus qui n'ont pas assez de volonté? Les mauvais citoyens? Ceux qui ne se soucient pas assez de leur soi? Ceux qui se laissent aller? Qui sont-ils ces « autres » qui sont malades ou ont des troubles physiques après 68 ans? Peut-on vraiment leur imputer la responsabilité et toute la responsabilité de leurs maux? Cette idéologie pourrait-elle s'appliquer également aux individus qui sont atteints de maladies avant l'âge de 68 ans?

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie avaient pour but de rendre le système de soins accessible à tous les citoyens sans exception. Toutefois, actuellement, ce ne serait plus le système de soins qui serait garant de la santé des individus, mais tout simplement l'individu lui-même, et comme le dit Marc Renaud : « Alors que 'le droit à la santé' renvoyait à ce principe voulant que les gens aient le 'droit d'être malades et d'être traités de manière adéquate', voilà que tout à coup les gens ont le 'devoir d'être bien-portants.' » (1995 : 206). Mais il est difficile finalement d'être bien portant actuellement puisque, comme nous l'avons analysé dans notre premier chapitre, de plus en plus de comportements (hyperactivité) et de cycles naturels de la vie (ménopause) sont médicalisés et sont donc inclus dans le grand ordre de la santé, c'est-à-dire expliqué à l'aide de concepts médicaux. Il existe donc plus de contrôle social à cet effet, mais nous n'y reviendrons pas. Ce que nous voulons souligner c'est que, dans ce contexte, la santé semble de plus en plus difficile à atteindre comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre. La définition de la santé se complexifie davantage et plus elle se complexifie plus on y inclut d'éléments liés à l'existence des individus. L'idée d'une santé globale est donc poussée à l'extrême actuellement. Rappelons la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social. » Cette définition est-elle vraiment réaliste?

D'autres auteurs (Basch 1990; Young 1998) ont critiqué le fait que cette définition de l'OMS est très floue. En effet, nous pouvons remarquer que cette définition, qui a un impact collectif incontestable, notamment puisque la majorité des acteurs dans le domaine de la santé y ont recours, est une définition qui n'en est pas vraiment une, selon nous. Cette définition inclut tellement d'éléments qu'au final, c'est l'individu qui construira sa propre définition selon ses convictions personnelles, entre autres. Finalement, nous pouvons statuer que cette définition va avec son temps, le temps où, comme nous l'avons mentionné précédemment, les normes sociales sont floues et c'est donc l'individu contemporain qui aura pour mandat de prendre et de laisser ce qui lui semble bon ou mauvais ou moins important ou incontournable. Mais sous ce flou normatif, il y a toutefois bel et bien un ordre à suivre, il ne faut pas s'y méprendre. La responsabilité revient à l'individu d'en cerner les contours et de s'y conformer.

Maintenant, il y a toujours des groupes au sein des sociétés occidentales contemporaines (féministe, médecine alternative, etc.) qui critiquent le système médical sur le fait que, malgré cette définition de la santé de l'OMS, qui est plus « globale », le système médical demeure hermétique et peu ouvert à cette notion de « santé globale ». Mais, dans le contexte où la santé inclut de plus en plus d'éléments, la question est de savoir s'il est possible pour le système de soins d'absorber et de prendre en charge cette globalité. Nous imaginons bien que cette définition étant floue pour tout individu contemporain, elle l'est également pour les médecins et tout acteur dans le domaine de la santé qui construiront à leur tour leur propre définition de la santé et y incluront ce qui leur semble juste et réaliste et y excluront ce qui leur semble moins justifié. Mais il devient évident que la charge de la santé globale ne peut être que celle du domaine médical. Alors, l'individu doit devenir responsable. Logiquement, plus la définition de la santé se complexifie, plus il y a de besoins en ce sens et donc, puisque nous sommes à l'ère du capitalisme, de plus en plus de soins divers et de techniques corporelles sont actuellement proposés à l'individu qui, répétons-le, doit se responsabiliser par rapport à sa santé. Ceci semble aller de pair avec le souci de soi contemporain. Le marché de la santé est florissant. Comme nous pouvons le constater, à ce stade-ci de notre analyse de l'identité de l'individu moderne, il est difficile de séparer les influences sociales et les normes collectives de la libération et de l'affranchissement de l'individu moderne. Finalement, l'un ne va pas sans l'autre ou encore, l'un suit et dépasse l'autre et vice et versa. Nous avons affaire à un système de sens qui semble, somme toute, très cohérent. Est-ce que l'individu contemporain est réellement en perte de sens ou est-ce que le sens émane de ce nouveau

système? Enfin, toute cette réflexion nous amène à notre prochain point, la sensibilité thérapeutique de l'individu contemporain.

2. La « sensibilité thérapeutique » : l'épanouissement personnel

Commençons ce point crucial, pour notre présente recherche, par l'analyse de Lasch. Comme nous l'avons déjà analysé, nous pouvons critiquer certains aspects de la théorie de Lasch sur l'avènement de la culture de Narcisse, mais nous croyons que cet auteur est tout de même incontournable, ne serait-ce que par le fait qu'il a créé un concept particulièrement éclairant pour expliquer l'identité de l'individu moderne qui est celui de la sensibilité thérapeutique. D'abord, selon Lasch nous sommes à l'ère de la thérapeutique, les individus contemporains recherchent plus que tout la santé et la sécurité psychique. Pour cet auteur, les thérapeutes sont les nouveaux prêtres et l'équivalent moderne du Salut serait la santé mentale. (1979 : 13). La vision thérapeutique deviendrait le nouveau cadre organisateur de la culture américaine, d'où la notion de « sensibilité thérapeutique » de l'individu moderne. Toutefois, il est important de spécifier que pour l'auteur, « the triumph of the therapeutic » ne signifie pas qu'elle est devenu une nouvelle religion en soi, elle est même une anti-religion, selon lui, puisque : « Even when therapists speak of the need for 'meaning' and 'love,' they define love and meaning simply as the fulfillment of the patient's emotional requirements. It hardly occurs to them – nor is there any reason why it should, given the nature of the therapeutic enterprise – to encourage the subject to subordinate his needs and interests to those of others, to someone or some cause or tradition outside himself. » (1979 : 13).

Et c'est bien de ça dont il est question ici, l'accentuation du souci de soi. La nouvelle quête de l'épanouissement personnel. Cette quête serait en lien notamment avec le fait que les nouvelles règles et normes sociales soient floues, selon Lasch : « The struggle to maintain psychic equilibrium in a society that demands submission to the rules of social intercourse but refuses to ground those rules in a code of moral conduct encourages a form of self-absorption that has little in common with the primary narcissism of the imperial self. » (1979 : 12). Les désordres du caractère sont maintenant récurrents en psychiatrie, ce qui constitue un changement majeur en ce qui a trait aux modifications de la personnalité de l'individu moderne. D'ailleurs, la sensibilité thérapeutique dont fait mention Lasch est avant tout liée à la psychiatrie et à la psychanalyse et, selon lui, plusieurs critiques de l'époque avait commis

l'erreur d'ignorer cette dimension du narcissisme et ainsi passaient à côté de sa mesure sociale : « Thus they deprive themselves of any basis on which to make connections between the narcissistic personality type and certain characteristic patterns of contemporary culture, [...] ». (1979 : 33). Narcisse ne peut pas être exclusivement associé à l'égoïsme. L'égoïsme et l'ethnocentrisme ont toujours existé. Le souci de soi contemporain doit être mis en contexte selon nous et, selon Lasch, le narcissisme doit faire l'objet d'une étude plus approfondie en ce qui concerne son lien avec l'accroissement de troubles nouveaux en psychiatrie liés aux désordres de caractère. Ce n'est qu'à ces conditions que nous pourrions analyser toute la portée sociale du narcissisme et du concept de Narcisse pour décrire l'époque contemporaine.

2.1 Nouveaux désordres psychiques : nouvelles exigences sociales

Nous ne pourrions faire une analyse psychanalytique approfondie de l'individu moderne en lien avec ses désordres psychiques nouveaux et récurrents dans le cadre de cette thèse, mais nous nous devons de les souligner. Nous avons déjà parlé de la dépression et de l'Homme en panne, selon Ehrenberg. Citons maintenant quelques exemples de ce qu'on entend par nouveaux troubles psychologiques contemporains. Quels sont ces nouveaux désordres? À qui les psychanalystes et psychologues ont-ils affaire? Lasch mentionne que : « In the clinical literature, narcissism serves as more than a metaphoric term for self-absorption. As a psychic formation [...], narcissism has come to be recognized as an important element in the so-called character disorders that have absorbed much of the clinical attention once given to hysteria and obsessional neuroses. » (1979 : 35). Lasch consacre une partie de son texte à cette notion de narcissisme dans la littérature médicale et analyse, à l'aide de récits de psychanalystes, la nouvelle personnalité narcissique. Citons-en quelques extraits afin de mieux comprendre la psychologie de l'individu moderne :

In the last twenty-five years, the borderline patient, who confronts the psychiatrist not with well-defined symptoms but with diffuse dissatisfactions, has become increasingly common. He does not suffer from debilitating fixations or phobias or from the conversion of repressed sexual energy into nervous ailments; instead he complains 'of vague, diffuse dissatisfactions with life' and feels his 'amorphous existence to be futile and purposeless.' (1979 : 37).

Often these patients suffer from hypochondria and complain of a sense of inner emptiness. (1979 : 37-38).

As a psychiatric patient, the narcissist is a prime candidate for interminable analysis. He seeks in analysis a religion or way of life and hopes to find in the therapeutic relationship external support for his fantasies of omnipotence and eternal youth. (1979: 40).

Unable to derive whatever comfort comes from identification with historical continuity, he finds it impossible, on the contrary 'to accept the fact that a younger generation now possesses many of the previously cherished gratifications of beauty, wealth, power and, particularly, creativity. To be able to enjoy life in a process involving a growing identification with other people's happiness and achievements is tragically beyond the capacity of narcissistic personalities. (1979 : 41).

Today's patients by and large do not suffer from hysterical paralyses of the legs or hand-washing compulsions; instead it is their very psychic selves that have gone numb or that they must scrub and rescrub in an exhausting and unending effort to come clean. (1979 : 42).

D'où viennent ces nouveaux troubles de la personnalité ou du caractère? Nous avons mentionné qu'ils pourraient provenir notamment du fait que les règles et normes sociales soient floues; ce qui aurait pour conséquence de laisser l'individu seul responsable de trouver un sens à son existence. Mais nous pourrions également émettre l'hypothèse selon laquelle la définition de la santé se complexifiant ou incluant de plus en plus d'éléments dans la vie d'un individu, ceci amènerait une anxiété et des préoccupations croissantes et diverses chez l'individu moderne par rapport à son état de bien-être et de santé. Michel Lejoyeux dans son livre *Le nouveau malade imaginaire. L'utopie du bonheur parfait*, remarque également que ces patients semblent avoir des troubles nouveaux. En fait, ces patients n'auraient pas de trouble ou de maladie mentale clairement identifiables, mais seraient totalement anxieux par rapport à leur état psychique, voir quasiment en quête, envers et contre tous, de leur trouble ou maladie mentale. D'où le titre du livre : *Le nouveau malade imaginaire*. Selon cet auteur : « Nous sommes [...] de plus en plus nombreux à céder à une hypochondrie d'un genre nouveau qui ne porte plus sur les organes, mais sur l'esprit. » (2004 : 9). Ceci rejoint la notion de

« sensibilité thérapeutique » de Lasch, puisque cette nouvelle sensibilité est clairement une quête psychanalytique ou psychologique accrue. C'est de son esprit que l'individu moderne se soucie éperdument. Le souci de soi croissant et l'épanouissement personnel comme but ultime de l'existence en seraient donc des conséquences. Marcelo Otero, sociologue qui travaille particulièrement sur les questions de la santé mentale, souligne toutefois que :

En dépit des prétentions de la plupart des discours qui légitiment de nombreuses stratégies d'intervention psychothérapique et psychosociale, le « client » est loin de définir en toute autonomie ce que l'on se plaît à appeler « ses besoins psychologiques », car toute « demande » de thérapie, de même que « l'offre » de « services psychologiques », est en rapport étroit avec les multiples formes de régulation sociale qui structurent le champ d'actions possibles des sujets. *Les règles de la santé mentale et les règles de l'individualité contemporaine sont étroitement soudées.* (2003 : 298).

Actuellement, comme nous l'avons mentionné, la responsabilisation de l'individu face à son état de santé s'est accrue ainsi que les recommandations en termes de prévention et de gestion du risque vis-à-vis de la santé, sans compter la médicalisation croissante ou l'explication en des termes médicaux d'événements naturels de l'existence ainsi que de plusieurs comportements. Dans ce contexte, il est certainement possible de développer une anxiété pathologique vis-à-vis de son état de santé. De plus, comme cet état est notre responsabilité, nous croyons que nous sommes à l'ère également du toujours plus et du encore mieux, en ce sens qu'il ne s'agit plus d'être malade pour consulter, mais simplement de vouloir améliorer nos performances et notre état de santé. Michel Lejoyeux souligne le fait que : « Après avoir longtemps inquiété, la psychothérapie devient une activité à la mode. À côté des thérapies classiques apparaissent des techniques modernes. Les stages de remise en forme ou de relaxation, les méthodes naturelles à base de plantes ou de médecine traditionnelle aident ceux qui vont bien à se sentir encore mieux. Il n'est plus nécessaire de se sentir malade pour y avoir recours. » (2004 : 69). Une de ses patientes qui a un poids normal suit donc une « diète protéique » parce qu'elle pense qu'elle peut faire mieux et être encore plus mince. (2004 : 23). En fait, les malades imaginaires deviennent perfectionnistes par rapport à leur santé et s'en veulent donc constamment de ne pas en faire assez, selon l'auteur, et ne peuvent donc vivre sans se soigner. Ceci serait grandement lié au désir de contrôle que l'on retrouve dans nos

sociétés : « Aussi longtemps qu'il réussit à régler sa vie selon des principes sanitaires, il peut garder l'illusion d'échapper à la mort et à la maladie. » (2004 : 88).

D'ailleurs, dans un monde où l'on se préoccupe toujours plus de la santé, il semble y avoir toujours moins de place pour la maladie, comme nous l'avons mentionné, Renaud souligne le fait que les individus modernes ont maintenant le « devoir d'être bien-portants » (1995 : 206). L'omnipraticienne Marie-Dominique Beaulieu mentionne d'ailleurs que ses patients « sont plus démunis, parce qu'il y a de moins en moins de place pour la maladie dans nos sociétés. On vit dans un environnement exigeant axé sur la performance. » (2004 : 19). Pour elle le désir actuel de tout contrôler entraîne un nouveau rapport à la santé. Mais on ne choisit ni d'être malade ni quand cela arrive. Les patients demandent à être traités au plus vite, mais : « Il faut pourtant accepter de lâcher prise. Et se dire que la grippe, ça dure encore dix jours... ». (2004 : 19). De plus, nous avons un rapport paradoxal avec la santé selon cette omnipraticienne : « On constate à la fois un attrait pour les médecines alternatives et l'exigence que la médecine traditionnelle règle tous nos maux, à grand renfort de médicaments et de super-technologies. » En fait, peu importe le moyen, il y en a plusieurs et toujours plus, tant dans les domaines des médecines complémentaires et alternatives que dans celui de la médecine traditionnelle. Finalement, pour revenir aux troubles psychologiques, selon Marie-Dominique Beaulieu : « Si les prescriptions augmentent, c'est probablement un signe qu'il y a plus de psychopathologies et c'est surtout là-dessus qu'il faut se questionner. » (2004 : 20).

En effet, pourquoi y a-t-il plus de psychopathologies diverses et de médications en ce sens? Comme nous l'avons mentionné, la société médicalise davantage et les individus cherchent davantage. Ce sont ces deux attitudes, et non l'une sans l'autre, qui définissent les offres de soins divers et les besoins en ce sens. Ces deux attitudes sont également influencées elles-mêmes par le fait que la santé semble devenir, au sein des sociétés occidentales modernes, une « valeur suprême ». Plusieurs auteurs en font mention. D'abord, Nicole Durisch Gauthier, Ilario Rossi et Jörg Stolz dans leur livre *Quête de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, soulignent que : « [...] nous sommes actuellement les témoins et les acteurs d'un phénomène dynamique qui marque notre société en profondeur : les pratiques sociales, les attentes et les imaginaires se construisent toujours plus autour d'objectifs et de finalités en relation avec la santé prise comme valeur suprême. » (2007 : 10). Si nous mettons cette affirmation en lien avec la société de consommation actuelle, nous pouvons instantanément

comprendre l'effet exponentiel de l'accroissement de besoins et d'offres en termes de soins de santé divers. Nous l'avons déjà mentionné, et Lipovetsky en parle également dans son essai sur *La société d'hyperconsommation : Le bonheur paradoxal*, les dépenses de santé explosent et les offres en ce sens ne cessent de s'accroître :

Homo consumericus est de plus en plus tourné vers *Homo sanitas* : consultations, médicaments, analyses, traitements, toutes ces consommations donnent lieu à un processus d'emballlement qui ne semble pas avoir de terme. En parallèle, les esprits sont envahis chaque jour un peu plus par le souci de la santé, les conseils de prévention, les informations médicales : on ne consomme plus seulement des médicaments, mais des émissions, des articles de presse grand public, des pages Web, des ouvrages de vulgarisation, des guides et des encyclopédies médicales. Voici la santé érigée en valeur première et apparaissant comme une préoccupation omniprésente presque à tout âge [...]. (2006 : 49).

Michel Lejoyeux parle également des « capitalismes de la psychologie » :

La société de consommation fonctionne sur la création d'un manque artificiel. La publicité s'emploie à persuader celui qui n'a besoin de rien qu'il passe à côté d'une occasion exceptionnelle s'il ne dépense pas son temps ou son argent. [...] Le besoin exagéré de thérapie procède de la même démarche de consommation. [...] Les plus sensibles ou les plus perfectionnistes n'osent pas résister aux offres de soins originaux et aux menaces brandies par l'actualité. [...] Ils deviennent les patients clients d'un système de soins les poussant à une consommation constante. [...] Le plaisir de se soigner et de s'intéresser à soi devient chez le malade imaginaire une activité centrale et une obligation. (2004 : 105-106).

2.2 La santé comme nouvelle norme sociale

Le rapport que l'individu moderne entretient avec la santé est paradoxal. Nous avons souligné son souci de soi extrême et, d'une certaine façon, sa nouvelle liberté liée notamment au fait qu'il peut choisir son mode de vie selon ses convictions. Nouvelle liberté qui est égale donc avec le fait que l'individu moderne porte la responsabilité de son bien-être et logiquement de

son mal-être. Nous disons donc que le rapport à la santé en est un qui est particulièrement paradoxal puisque sous le couvert d'une autonomie personnelle et de choix individuels, il y a le désir de se fondre dans la masse. Un désir de « normalité ». Et la santé actuellement pourrait être garante, en partie, d'une représentation possible de ce qu'est un individu normal ou anormal ou de ce qu'est un développement normal, ou encore, un comportement normal. Comme le domaine de la santé s'élargit, il devient présent dans plusieurs sphères personnelles de la vie d'un individu, que ce soit l'éducation des enfants, la vie sexuelle du couple, l'adolescence, la ménopause, etc., il faut que tout soit parfait afin de développer un potentiel optimal. Le développement du potentiel humain est certainement, à notre avis, un des faits clef de notre époque lié à l'accroissement du domaine de la santé et aux désirs et espoirs de la population en ce sens. Et cette population supposément libre s'en remet toujours davantage aux spécialistes, experts et techniciens pour régler nombres de situations de leur quotidien, d'où ce rapport paradoxal avec la santé. En parlant de l'Homme moderne, Lasch souligne que :

Having surrendered most of his technical skills to the corporation, he can no longer provide for his material needs. As the family loses not only its productive functions but many of its reproductive functions as well, men and women no longer manage even to raise their children without the help of certified experts. The atrophy of older traditions of self-help has eroded everyday competence, in one area after another, and has made the individual dependent on the state, the corporation, and other bureaucracies. Narcissism represents the psychological dimension of this dependence. (1979 : 9-10).

Plus loin, Lasch mentionne également qu'une des transformations culturelles qui provoquent une réaction narcissique de la part des individus au sein de la société américaine est celle de l'émergence de l'idéologie thérapeutique « that upholds a normative schedule of psychosocial development and thus gives further encouragement to anxious self-scrutiny. That ideal of normative development creates the fear that any deviation from the norm has a pathological source. » (1979 : 48). Nous pouvons donc remarquer que Lasch croit que Narcisse ne se préoccupe pas réellement de ce qui est collectif et extérieur à son moi, soit, mais il ne nie pas, toutefois, l'influence sociale que subit Narcisse et par laquelle il est modelé voire de laquelle pourrait même provenir son narcissisme. Enfin, Taylor souligne également le paradoxe entre la dépendance de l'individu contemporain et son autonomie déclarée lorsqu'il affirme :

It seems true that the culture of self-fulfilment has led many people to lose sight of concerns that transcend them. And it seems obvious that it has taken trivialized and self-indulgent forms. This can even result in a sort of absurdity, as new modes of conformity arise among people who are striving to be themselves and beyond this, new forms of dependence, as people insecure in their identities turn to all sorts of self-appointed experts and guides, shrouded with the prestige of science or some exotic spirituality. (1991 : 15).

Finalement, Lipovetsky parle également d'une nouvelle obsession de la santé et d'un certain contrôle médical rendant l'individu moderne plutôt enchaîné que libre :

Si bien que notre plus grande indépendance vis-à-vis du paraître social a pour contrepartie l'intensification du pouvoir des normes et de l'expertise médicales. Le néo-consommateur ne cherche plus tant la visibilité sociale qu'un surcroît de maîtrise sur son corps par la voie des technologies médicales [...]. C'est ainsi que les visées narcissiques de l'hyperconsommateur ne se séparent plus de celles, plus techniciennes, de Prométhée. Un Prométhée enchaîné, faut-il ajouter, en ce que ses initiatives sont extrêmement limitées du fait de la puissance des normes et du dispositif médical. [...] D'un côté l'efficacité médicale étend les pouvoirs de l'homme sur sa vie, de l'autre elle crée un « consommateur sans pouvoir. (2006 : 51).

Il y a effectivement un contrôle médical, nous en avons déjà discuté dans le premier chapitre, qui serait particulièrement lié au fait que les interventions médicales se multiplient et que de plus en plus d'aspects dans la vie des individus soient expliqués en termes médicaux. Mais selon nous, c'est la santé qui exerce actuellement une pression normative accrue qui va au-delà de la médecine et des nouvelles technologies médicales. En fait, la médecine n'est qu'un aspect de ce qui constitue le champ grandissant de la santé. La santé inclut des normes préventives, des soins qui ne sont pas divulgués dans le cadre de la médecine traditionnelle, le marché des activités liées au bien-être ainsi que celles liées à l'accroissement de notre potentiel. Ce qui fait que l'on se soigne quand on est en santé, puisque l'on doit maintenant préserver cet état, c'est de notre responsabilité. Non seulement nous devons préserver notre santé, mais nous devons ou nous avons le désir constant d'améliorer cet état :

Nombre de comportements montrent qu'à présent le corps est considéré comme une matière à corriger ou transformer souverainement, comme un objet livré à la libre disposition du sujet. (Lipovetsky 2006 : 51).

Alors que l'idéal politique des Lumières reposait sur la croyance en la perfectibilité de la société, sur la volonté d'améliorer les conditions de vie par le biais de l'action collective, la société postmortelle se caractérise par la croyance en la perfectibilité de la vie elle-même. Ainsi, ce n'est pas la société qu'il convient de changer, mais l'individu, compris essentiellement comme un être biologique et informationnel. (Lafontaine 2008 : 121).

Finalement, le rapport à la santé de l'individu moderne ne se traduit pas par un seul paradoxe, mais par plusieurs paradoxes : celui de la liberté et de l'autonomie; celui de la croyance simultanée en la science médicale et les médecines complémentaires et alternatives, comme le mentionne Beaulieu : « On constate à la fois un attrait pour les médecines alternatives et l'exigence que la médecine traditionnelle règle tous nos maux, à grand renfort de médicaments et de super-technologie. [...] Quand ils commencent à aller mal, bien des adeptes des produits naturels voudraient tout de suite les médicaments les plus puissants » (2004 : 19); et, enfin, le paradoxe entre ce qui est maîtrisable et l'immaitrisable. Comme nous l'avons mentionné, dans un monde où nous sommes de plus en plus informés sur les événements mondiaux concernant les guerres, les catastrophes naturelles, les crises économiques, etc., les individus semblent dépossédés d'un réel pouvoir d'action ou, du moins, peuvent croire en leur incapacité face à ces événements et se sentir impuissants, ce qui leur reste donc de maîtrisable est leur soi. La maîtrise de leur corps, de leur santé et de leur bien-être. Toutefois, cette maîtrise n'est qu'une illusion de contrôle. Le corps, la santé et le bien-être demeurent des aspects de l'existence qui ne sont pas toujours de l'ordre de ce qui est maîtrisable, mais bien dans la catégorie de l'immaitrisable. Lipovetsky illustre bien ce fait, notamment en ce qui concerne le bonheur :

Tandis que se poursuit la domination technico-scientifique du monde, se perpétue l'impuissance à gouverner le bonheur. Notre pouvoir sur les choses suit une courbe exponentielle, celui que nous exerçons sur la joie d'exister fait du surplace. Le projet de puissance illimitée des Modernes touche manifestement ici à ces limites : le

bonheur ne progresse pas, il échappe obstinément à la maîtrise des Hommes. [...] il nous reste à vivre avec la conscience que le bonheur est l'immaîtrisable. (2006 : 322).

Nous parlons souvent d'un malaise au sein des sociétés contemporaines (Taylor 1991), et finalement du mal-être indéfinissable de l'individu moderne. Ehrenberg a analysé ce mal-être qui est la dépression, Lasch et Lejoyeux parlent des nouveaux troubles en psychiatrie qui semblent bien être davantage liés à un mal-être chronique plutôt qu'à une maladie définissable; Lipovetsky s'intéresse au vide existentiel et Isabelle Matte, anthropologue, a fait une étude sur les chansons québécoises actuelles et leur message particulièrement sombre lié également au vide existentiel (Doyon 2010).

Ce mal-être est certainement un incontournable dans l'analyse de l'identité de l'individu moderne et de son rapport à la santé, selon nous. Un incontournable que nous aimerions lier, en terminant ce chapitre, à l'analyse brève du lien entre la santé et l'étude du religieux contemporain. Analyse brève, qui est toutefois le cœur de cette thèse puisque nous croyons que le rapport à la santé et aux différentes thérapeutiques préventives de l'individu moderne est empreint de religieux ou de spirituel. Nous souhaitons analyser ce que nous considérons être une nouvelle modalité du croire dans notre société liée au cheminement de santé des individus sains.

Enfin, Danièle Hervieu-Léger parle carrément d'une « culture contemporaine de la réalisation de soi » et nous croyons effectivement que de cette culture particulière émergent indéniablement certaines notions spirituelles liées directement aux différents cheminements individuels. Voici un des éléments qu'utilise Hervieu-Léger pour illustrer une configuration de sens possible à cette culture :

Le premier élément est la représentation que chacun peut se faire du « potentiel » qui est en lui et dont l'exploration et la valorisation doivent mobiliser ses soins. Dans les domaines du conseil pédagogique, de la formation professionnelle, de l'accompagnement des jeunes enfants, de l'entretien personnel de la santé, etc., on observe une montée des thématiques de la « réalisation », définie comme découverte ou mise en valeur du « trésor » que chacun porte en soi. L'une des spécificités de ces représentations est l'insistance portée sur l'engagement psychologique de l'individu dans un processus de construction. Chacun doit venir à bout, pour lui-même, des

résistances et des blocages qui y font obstacle. Chacun doit progresser dans l'inventaire des ressources propres dont il dispose pour parvenir au but. Chacun doit faire émerger « le monde qui est en lui ». (2003 : 151-152).

De ce cheminement émerge donc, selon nous, toute l'articulation entre la santé et la spiritualité de l'individu contemporain.

3. De la santé à la spiritualité

Nous avons donc examiné différents maux dont souffrent de nombreux individus contemporains au sein des sociétés occidentales modernes, à savoir : les nouvelles maladies mentales, de plus en plus de comportements médicalisés, l'accroissement des dépressions et une certaine hypocondrie liée à l'état de santé physique et mentale. Certains auteurs, comme Isabelle Matte, parlent donc de perte de sens, de recule du religieux et donc de vide existentiel. Nous avons plutôt analysé ces maux sous l'angle d'une responsabilité grandissante chez l'individu moderne, notamment, en lien avec son état de santé physique et mental, mais également en lien avec son bonheur et son bien-être global, desquels il est le principal garant. Sans oublier, et c'est ce que nous analyserons davantage ici, qu'il choisit sa propre morale et ses règles de conduite. Il est donc également garant de sa spiritualité ou de sa religion ou devrais-je dire, en ce qui concerne particulièrement les cheminements personnels et les quêtes de santé, qu'il est responsable de son « éveil spirituel ». Comme nous l'avons vu, nous pouvons parler d'une acquisition en termes de liberté personnelle et d'un avancement en ce sens actuellement. Mais cette liberté est égale à toujours plus de responsabilisation de l'individu par rapport à ses choix, pouvant certes amener certains maux existentiels, puisque tout semble reposer sur ces choix. Enfin, nous aimerions nous questionner sur la morale de l'individu moderne, voire de ce qu'il advient du religieux et de la spiritualité dans son existence. L'individu moderne a-t-il une morale et est-ce que cette morale ou cette spiritualité pourrait agir comme agent unificateur et ainsi donner sens à son existence?

3.1 Quête de santé : une nouvelle morale individuelle

Nous partons du point que bien que l'individu moderne soit libre de ses choix, de tout temps et dans chaque société, plusieurs règles collectives ont régi les comportements individuels.

Nous croyons que le domaine de la santé en est un où les comportements sont bien catégorisés en termes de normaux ou d'anormaux ou de bons ou mauvais. Mais actuellement ces règles comportementales, qui proviennent de l'extérieur de l'individu, ne semblent complètement intériorisées et liées qu'à l'individu souverain maître de lui-même. Elias illustre bien ce fait : « Certes il y a dans toutes les sociétés, quelles que soient les formes qu'ils prennent, des éléments régulateurs des comportements. Mais dans beaucoup de sociétés occidentales, depuis quelques siècles, la régulation est particulièrement intensive, particulièrement diversifiée et omniprésente; et le contrôle social est plus que jamais lié au contrôle de soi, à la répression que s'impose l'individu lui-même. » (1991 : 162). Comment cette imposition procède-t-elle? Y a-t-il une nouvelle morale moderne dont l'individu serait garant? Et qu'en est-il des cheminements personnels très populaires aujourd'hui : quête de sens, épanouissement personnel et quête de santé. Elias parle du fait qu'il y a déjà plusieurs siècles que la régulation des comportements passe par le contrôle de soi. Mais actuellement, ce qui nous semble nouveau, c'est particulièrement cette quête très présente de l'épanouissement personnel lié à la santé et au bien-être individuel. Quête où nous pourrions peut-être remarquer certaines notions et valeurs religieuses ou spirituelles, vécues sous la forme d'une morale personnelle, ce que nous analyserons très clairement dans la deuxième partie de cette thèse.

Danièle Hervieu-Léger a particulièrement étudié la mouvance que subit la religion actuellement ainsi que les phénomènes de pèlerinage et de conversion, et apporte un éclairage certain sur les notions de religion à la carte et d'individualisme religieux (1999). Son travail nous permet de comprendre plus en profondeur cette notion d'individualisme religieux qui nous est cher dans le cadre de notre brève analyse de l'identité moderne. Enfin, dans cette dernière partie nous souhaitons mieux comprendre le rapport que l'individu moderne peut entretenir avec les « phénomènes du croire » et tenterons de lier son rapport à la spiritualité ou à la religion à son vécu moderne et à sa sensibilité thérapeutique.

Il est clair que d'emblée nous observons qu'il y a un lien à faire entre l'individualisme moderne, dont nous avons déjà parlé, et l'individualisme religieux. Hervieu-Léger souligne toutefois le fait que l'individualisme religieux ne date pas d'hier et n'est pas, en soi, un fait moderne : « Ce qui caractérise la scène religieuse contemporaine, ce n'est pas l'individualisme religieux comme tel; c'est l'absorption de celui-ci dans l'individualisme moderne. » (1999 : 162). Pour cette auteure, c'est au sein de la « nébuleuse mystique-

ésotérique »³⁷ que ce phénomène d'absorption est le plus facilement repérable. Afin de peaufiner notre analyse de l'identité de l'individu moderne et de son rapport à la santé, et particulièrement à la sienne, nous soulignerons simplement ici l'explication suivante : « Ce qui fait l'unité de cet ensemble, c'est une religiosité entièrement centrée sur l'individu et son accomplissement personnel. » (1999 : 162). La « nébuleuse mystique-ésotérique » est particulièrement intéressante dans l'analyse du religieux contemporain justement par le fait qu'elle est liée de façon intrinsèque aux tendances actuellement observées chez l'individu moderne. Il n'y a aucune vérité qui soit extérieure à l'individu lui-même, on n'adhère pas à une institution ou à un système de croyances et de sens « clés en main » et Dieu est souvent sans nom. Au sein de ces groupes, il y a un accent particulier qui est mis sur l'expérience individuelle dans toute sa subjectivité. De plus, pour ce qui nous intéresse, la limite entre la santé et la spiritualité est particulièrement floue et mouvante, pour ne pas dire poreuse. C'est en ce sens que nous croyons précisément que la santé et la spiritualité se fondent carrément l'une dans l'autre.

Spécifions également, ici, notre positionnement vis-à-vis de deux visions centrales en termes de religieux contemporain et de son analyse, à savoir : est-ce que nous assistons à un renouveau religieux ou à sa décomposition? Et, par ces nouvelles modalités du croire actuelles, voit-on la fin de la sécularisation ou la fin de la religion? Nous sommes d'avis qu'il y a recomposition du religieux par les nouvelles modalités du croire dans les sociétés occidentales contemporaines. La question pour nous est de savoir comment en cerner les contours et comment unifier, dans la mesure du possible, ces différentes modalités du croire. Pour nous, un élément unifiant majeur est la santé, qui pourrait même devenir une religion ou une spiritualité en soi. Spiritualité personnalisée, puisque l'individu seul est garant de son Salut, de son bien-être, de sa santé et de son « autoperfectionnement ». En terminant ce chapitre, nous ajouterons la notion d'« authenticité » à cette liste. Qui n'a pas entendu ce terme aujourd'hui? Il semble être dans toutes les conversations, tant dans la sphère privée que dans la sphère publique. Et c'est bien ce qui nous intéresse ici, l'individu moderne se devrait

³⁷ Terme créé par Françoise Champion, sociologue chargée de recherche au CNRS. Elle en donne une définition sommaire à la page 17 du livre *De l'émotion en religion. Renouveaux et traditions*, rédigé en 1990 sous les Éditions Centurion à Paris: « C'est dans la seconde moitié des années 70 qu'a commencé de se constituer ce que j'appelle la 'nébuleuse mystique-ésotérique'. Elle est composée de groupes, de réseaux très divers, pouvant se rattacher à de grandes religions orientales, correspondre à des syncrétismes ésotériques plus ou moins anciens ou à de nouveaux syncrétismes psychoreligieux, ou bien regrouper des personnes autour de la pratique de tel ou tel art divinatoire (astrologie, tarot, Yi-king). »

donc également d'être « authentique » vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis des autres, cela va de soi.

3.2 L'authenticité : l'achèvement de la morale individuelle

Donc l'individu est responsable de sa santé et de son Salut et il doit être « authentique ». Qu'est ce que ça signifie exactement? L'authenticité est une notion particulièrement étudiée par Taylor et semble précisément importante dans la façon dont l'individu moderne conçoit sa morale ou sa spiritualité. Cette notion devient également très importante dans son cheminement de santé, puisque nous ne pouvons parler d'épanouissement personnel sans une certaine dose d'authenticité par rapport à soi. Taylor mentionne clairement à ce sujet: « [...] everyone has a right to develop their own form of life, grounded on their own sense of what is really important or of value. People are called upon to be true to themselves and to seek their own self-fulfilment.» (1991 : 14). On ne s'en sort pas, tout est en l'individu et non extérieur à lui. Pour sa part, Françoise Champion mentionne que :

La première caractéristique de la nébuleuse mystique-ésotérique, [...] est ainsi la croyance en la souveraineté de l'expérience personnelle. Le second trait est la « voie de réalisation par autoperfectionnement de type mystique »: c'est là une caractéristique fondamentale, en ce sens que n'appartiennent à la nébuleuse mystique-ésotérique que des « pratiquants » engagés dans un travail de transformations d'eux-mêmes avec l'idée de leur responsabilité personnelle; ne relève pas de la nébuleuse mystique-ésotérique tout ce qui s'apparente à des grâces, des miracles, des guérisons par la grâce ou la puissance d'un tiers. (2004 : 62).

Dans le cadre de notre analyse de l'identité de l'individu moderne, nous croyons donc que ces nouvelles formes de spiritualité ou de religion, regroupées sous le terme de nébuleuse mystique-ésotérique, cadrent bien avec l'expérience subjective de l'individu moderne et avec son expérience sociale liée à sa responsabilisation croissante par rapport à sa santé et à son bien-être ou à son mieux-être. La question est de savoir si, à travers ce cheminement personnel, l'individu moderne en arrive à se créer un idéal moral pouvant s'apparenter à une nouvelle forme de religieux ou de spiritualité ou à une philosophie de vie qui deviendrait un élément unificateur dans son existence, faisant que son existence même aurait un sens

profond? Et qu'un élément de ce sens profond, selon notre hypothèse, serait indéniablement la santé, la sienne.

Pour Taylor, il existe en effet une nouvelle morale liée à l'authenticité et c'est sur ce point, notamment, qu'il critique certains auteurs, dont Lasch et Lipovetsky. Plus précisément il critique l'idéologie selon laquelle la logique de l'épanouissement personnel ne mènerait qu'à un repliement sur soi et à une « unawareness, of the greater issues or concerns that transcend the self, be they religious, political, historical. » (1991 : 14). Selon lui : « The moral ideal behind self-fulfilment is that of being true to oneself, in a specially modern understanding of that term. » L'idéal contemporain serait donc un idéal d'authenticité, selon cet auteur. (1991 : 15). Et :

To see what is new in this, we have to see the analogy to earlier moral views, where being in touch with some source - God, say, or the Idea of the Good – was considered essential to full being. Only now the source we have to connect with is deep in us. This is part of the massive subjective turn of modern culture, a new form of inwardness, in which we come to think of ourselves as beings with inner depths. At first, this idea that the source is within doesn't exclude our being related to God or the Ideas; it can be considered our proper way to them. (1991: 26).

Taylor exprime ainsi la pensée de plusieurs auteurs ayant formulé cette idée d'authenticité : « [...] Saint-Augustine, who saw the road to God as passing through our own reflexive awareness or ourselves. » (1991 : 26, 27); « Rousseau frequently presents the issue of morality as that of our following a voice of nature within us. [...]. Our moral salvation comes from recovering authentic moral contact with ourselves. » (1991 : 27); « Herder put forward the idea that each of us has an original way of being human. » (1991 : 28). Pour Taylor donc cette idée d'authenticité, terme que l'on entend d'ailleurs très souvent dans les conversations de nos contemporains que ce soit dans la sphère privée ou publique, est profondément gravée dans la conscience moderne. Cette notion est très importante, selon nous, dans l'analyse de l'identité de l'individu moderne puisqu'elle lie plusieurs de ses comportements ayant trait à sa santé et à son vécu spirituel ou religieux. Nous permettant ainsi d'entrevoir une forme d'unification entre ces deux sphères que sont la santé et la spiritualité ou la religion dans son existence.

Taylor résume l'idéal moral de l'authenticité comme suit :

There is a certain way of being human that is *my* way. I am called upon to live my life in this way, and not in imitation of anyone else's. [...]. If I am not, I miss the point of my life, I miss what being human is for *me*.

This is the powerful moral ideal that has come down to us. [...]. Not only should I not fit my life to the demands of external conformity; I can't even find the model to live by outside myself. I can find it only within.

Being true to myself means being true to my own originality, and that is something only I can articulate and discover. In articulating it, I am also defining myself. I am realizing a potentiality that is properly my own. This is the background understanding to the modern ideal of authenticity, and to the goals of self-fulfilment or self-realization in which it is usually couched. [...] It is what gives sense to the idea of « doing your own thing » or « finding your own fulfillment ». (1991: 29).

Selon nous, cette morale de l'authenticité, telle qu'analysée par Taylor, nous apporte indéniablement un élément de compréhension supplémentaire à la responsabilisation de l'individu moderne par rapport à sa santé et à son bien-être. Un élément de compréhension supplémentaire également en ce qui concerne, ce que nous considérons comme une nouvelle modalité du croire liée à l'épanouissement personnel et à la santé. Nous souhaitons souligner justement, en terminant, que ce désir d'authenticité n'est pas nécessairement déconnecté du désir d'immanence ou du sentiment intime d'un contact avec le divin comme l'a également mentionné Taylor. Enfin, cette quête d'authenticité, liée à l'épanouissement personnel, peut mener directement au désir de trouver le divin en nous et d'aller jusqu'à trouver notre nature divine profonde, en nous éloignant ainsi toujours davantage des limites de notre condition d'être humain. Certains groupes au sein des sociétés occidentales contemporaines poussent d'ailleurs cette idée très loin. Nous pouvons citer ici certaines religions de guérison telles que la Science chrétienne, l'Antoinisme et la Scientologie, par exemple, qui prônent, selon Régis Dericquebourg dans son chapitre intitulé « De la cure à la prévention dans les religions de guérison » : « une gestion de la santé et de la vie destinée à écarter la souffrance et la détresse. » (1995 : 54). Donc, dans ces religions analysées par Dericquebourg, le but principal est de maintenir la santé et non de guérir. Ceci est très important pour ce qui nous intéresse,

nous parlons de prévention ici et de prévention que nous qualifierons d'extrême, en ce sens, que l'on souhaite repousser les limites de l'être humain :

Les religions de guérison ne semblent pas accepter la limitation de l'être humain dans le domaine de la santé. Le mal - et même la mort dans une certaine perspective - n'existe pas dans la condition spirituelle qui est celle de l'être régénéré. » [...] Aux yeux des coreligionnaires les maladies ou le malheur révèlent que le fidèle doit encore travailler à sa régénération. On ne peut imaginer un scientifique chrétien, un antoiniste ou un scientologue qui resterait malade. [...] Vis-à-vis des profanes, la santé témoigne de façon permanente que l'on a compris les lois cosmiques et que l'on sait les appliquer. (1995 : 54,55).

Cette vision va avec la notion d'autoperfectionnement actuel et suit la vision d'un autre groupe important pour nous – mais dont nous ne pourrions traiter l'ensemble de la portée sur l'identité de l'individu contemporain dans le cadre de ce doctorat – celui du « transhumanisme ». Le transhumanisme est, plus précisément, un champ de recherche qui prône l'amélioration de la condition humaine, voire de l'être humain, à l'aide des progrès technologiques. Le philosophe et scientifique Nick Bostrom a fait entrer le transhumanisme au sein de l'Université d'Oxford et de son Institut pour l'avenir de l'humanité fondé en 2005 (Schulman et Bostrom 2014; Bostrom 2005, 2003). Selon Catherine Halpern, le postulat du transhumanisme est simple : « [...] l'humanité n'est pas parvenue à son développement final et peut atteindre des niveaux beaucoup plus élevés, tant d'un point physique, intellectuel que psychologique. Les nouvelles technologies vont tant bouleverser la nature humaine que nos descendants à plusieurs égards ne seront plus vraiment humains. » (2007 : 52). Selon la revue *Science et avenir* qui a rencontré Nick Bostrom en 2007:

Nombre de transhumanistes prônent ainsi une « amélioration » de l'humanité par la technologie, menant l'Homme à l'immortalité! » Et : la World Transhumanist Association « [...] propose une 'ingénierie du paradis' (pas moins)! » Nick Bostrom explique : « [...] s'il était possible d'agir directement sur ce dernier [le cerveau], par exemple en changeant notre humeur à l'aide de drogues nous permettant d'éprouver les émotions que nous souhaitons, ou s'il existait des moyens d'augmenter l'intelligence indépendamment du cerveau (par l'intermédiaire de l'intelligence artificielle), cela aurait un impact énorme. Une petite cause, comme la modification

d'un neurotransmetteur, aurait des conséquences considérables, tant sur le monde que sur l'expérience que nous en avons. (2007 : 35).

Soulignons que ce mouvement se défend bien d'être religieux et dit adopter une démarche rationnelle et scientifique. Nous croyons toutefois que certains éléments que nous venons de mentionner, tels que l'immortalité et le paradis, pourraient les en rapprocher. Mais, quoi qu'il en soit, lorsque l'on parle d'auto-perfectionnement et d'amélioration de la condition humaine tant d'un point de vue spirituel et religieux qu'un d'un point de vue scientifique, nous pouvons y déceler une vision collective unifiée, du moins sur un point, la santé parfaite. Et cette vision collective doit certainement avoir un impact dans le cheminement personnel des individus contemporains lié à leur santé, leur bien-être et leur Salut.

Le domaine de la psychologie n'y échappe pas non plus. Depuis plusieurs années déjà un nouveau courant tente de se frayer une place dans le domaine : le courant transcendantal ou transpersonnel. Selon Marcelo Otero :

Pour justifier le besoin urgent de cette « intégration », en dehors de la limite des autres approches connues, [la psychanalyse, le béhaviorisme et le courant humaniste-existential] on fait état du « vide spirituel ressenti par un nombre croissant d'individus actualisés sur le plan personnel ». Une façon de signifier que la croissance personnelle, l'actualisation de soi et l'épanouissement de l'être, même dans leur globalité la plus absolue, ne sont plus suffisants. Il est devenu possible et apparemment souhaitable d'évoluer au-delà des limites étroites de la personne « totale-globale ». Plus précisément, « la réalisation transcendantale de Soi » serait en train de se substituer progressivement à « l'actualisation de Soi comme but ultime de la psychologie ». (2003 : 57).

4. Conclusion

Finalement, le cheminement personnel de l'individu moderne peut donc être empreint, selon nous, d'une obsession de la santé parfaite. Santé parfaite ici perçue comme la sublimation de ses limites par la quête du divin en lui, ou encore, par l'intermédiaire de techniques scientifiques pouvant lui faire dépasser ses limites. Rien n'empêche l'individu moderne de se

servir de la spiritualité et de la science. Rien ne l'empêche également de se servir de la médecine traditionnelle, des offres complémentaires et alternatives ainsi que de divers types de psychothérapies. Tout comme il souhaite repousser ses limites, l'offre en ce sens semble actuellement illimitée. *In fine*, la santé pourrait être un des éléments unificateurs importants en ce qui a trait à des pratiques spirituelles et religieuses diverses ayant l'air totalement hétéroclites, voire, et c'est surtout ce qui nous intéresse, être un élément unificateur incontournable dans la construction de la morale individuelle moderne. Vue sous cet angle, l'individu moderne demeure libre de se créer une existence et une identité totalement originale et à son image, pour autant que la santé demeure au centre de ses préoccupations ou devrais-je dire *sa* santé, sa santé globale bien sûr, c'est-à-dire : physique, psychologique, émotionnelle, sociale et spirituelle, rien de moins.

La deuxième partie de notre thèse s'attarde donc à la méthodologie et à l'analyse des données que nous avons recueillies lors de notre enquête de terrain afin de vérifier l'hypothèse de l'existence d'une nouvelle modalité du croire liée au vécu de la santé de l'individu occidental contemporain.

DEUXIÈME PARTIE

Analyse de l'enquête de terrain : L'émergence de la voie de l'intériorité responsable

CHAPITRE IV

Méthodologie de l'enquête de terrain

Afin de répondre à notre questionnement principal lié à l'obsession de la santé parfaite au sein de notre société et au lien possible entre les vécus sanitaire et spirituel des individus sains contemporains, nous avons adopté une stratégie d'enquête qualitative de type phénoménologique³⁸. Nous souhaitons donc étudier les différentes expériences vécues en ce qui concerne la santé et la spiritualité ainsi que les représentations particulières de la santé et de la spiritualité. Plus précisément, nous souhaitons saisir l'essence du point de vue des participants en affinant au mieux notre compréhension de leur expérience particulière. Pour ce faire, nous avons donc effectué une recherche de terrain auprès de trente individus. Comme nous l'avons déjà mentionné, notre étude s'attarde au vécu des individus sains afin d'analyser et de mieux comprendre le rapport à la santé et le lien possible avec le vécu spirituel et la quête de santé des individus contemporains. Notre groupe central est donc constitué de vingt individus sains que nous avons définis comme suit pour les besoins de l'enquête: individus n'étant pas atteints d'une maladie, physique ou mentale, et qui n'ont pas de troubles de santé persistants et récurrents les empêchant de fonctionner. Ensuite, nous avons interrogé six individus atteints d'une maladie chronique à des fins comparatives, mais non tant pour démontrer l'écart potentiel entre ces deux groupes que leurs similitudes. En fait, nous avons employé exactement le même guide d'entrevue (voir en annexe II) pour ces deux groupes de participants. Nous voulions observer, suite à notre analyse de la représentation de la maladie et du lien entre le vécu de la maladie et le vécu de la spiritualité faite en première partie de cette thèse, si la représentation de la santé et de la maladie de la culture québécoise contemporaine influence similairement ces deux parcours dans notre société. Et effectivement, comme nous le verrons dans notre analyse des données recueillies sur le terrain, ces individus pourraient constituer un seul et même groupe réuni autour d'une vision commune de la santé, de la maladie et de la spiritualité.

Ensuite, en collaboration avec le Groupe de recherche diversité urbaine (GRDU) et en ce qui concerne particulièrement le vécu spirituel, nous avons interrogé quatre individus regroupés

³⁸ Nous tenons à spécifier que notre recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'université de Sherbrooke, voir l'annexe I.

dans un nouveau lieu d'expression de la foi au Québec, celui d'une église de type *Interfaith* au Québec. Ces quatre personnes pourraient toutes faire partie de notre groupe d'individus sains avec simplement ceci de particulier, soit le fait d'être regroupées dans ce groupe religieux ou spirituel singulier. Ce détail est important puisqu'il nous permettra de faire un lien supplémentaire entre le vécu de la santé et le vécu de la spiritualité et de voir comment, de ce lien, peut découler une réelle pratique spirituelle institutionnalisée. Ce que nous avons bien expliqué dans notre article : « Quête de santé et cheminement spirituel : une règle commune ralliant la diversité de certains vécus spirituels contemporains » publié dans la revue *Studies in Religion/Sciences Religieuses* (Delisle 2014). Nous traiterons de cette enquête de terrain auprès de l'église de type *Interfaith* au Québec à la suite de l'analyse de contenu de notre enquête de terrain effectuée auprès des vingt-six individus susmentionnés, dans la troisième partie de cette thèse. En fait, cette étude de cas auprès de membres de cette église nous donnera simplement un exemple d'institutionnalisation d'une nouvelle modalité du croire que nous avons clairement observée dans notre analyse de terrain liée au vécu de la santé et de la spiritualité des individus interrogés.

1. Précisions sociodémographiques en lien avec les participants

Notre but étant de cerner un rapport à la santé et à la spiritualité qui serait des plus représentatifs d'un vécu lié à une majorité d'individus dans notre société, nous souhaitons que notre groupe de participants soit constitué d'individus n'ayant pas un profil marqué ou extrême, c'est-à-dire n'appartenant pas à des groupes d'individus ciblés dans notre société par des critères particuliers. Ce qui ferait en sorte de les mettre dans une classe à part liée à un vécu singulier de la santé comme pour les athlètes de haut niveau, par exemple. Ensuite, mis à part les quatre personnes faisant partie du groupe spirituel de type *Interfaith*, nous n'avons ciblé aucune confession spécifique et nous n'avons pas limité notre recherche aux individus athées ou agnostiques. De plus, nous n'avons pas recruté d'individus s'étant clairement convertis au bouddhisme ou à d'autres religions et spiritualités spécifiques. En ce qui concerne la confession des participants, nous y reviendrons plus en détail mais nous pouvons simplement spécifier sommairement que nous avons eu affaire principalement à des individus catholiques pratiquants ou non-pratiquants se considérant parfois athées, parfois laïques et parfois agnostiques et ayant tous une spiritualité ou une philosophie de vie bien présente dans leur existence. La seule chose que nous pouvons mentionner, ici, puisque nous en sommes aux détails sociodémographiques, c'est que ce critère lié à la confession des individus ne fait

pas de différences notables pour les individus en ce qui concerne leur vécu de la santé. De plus, ces personnes, bien qu'elles se définissent différemment par rapport à leur confession ou à leur spiritualité, se rassemblent dans cette vision commune d'une spiritualité liée à la santé. Ce que nous avons clairement observé.

Finalement, nous avons également tenté d'avoir environ le même nombre d'hommes que de femmes et, en ce qui concerne l'âge des participants, nous l'avons limité entre 20 et 60 ans puisqu'encore une fois nous ne nous attardons pas aux représentations des adolescents ou des personnes âgées, ce qui constituerait alors des groupes davantage ciblés quant à leur rapport à la santé et à la spiritualité. Nous avons toutefois tenté d'avoir autant d'individus âgés entre 20 et 40 ans que d'individus âgés entre 40 et 60 ans. Ce qui nous a permis d'observer que l'association entre les vécus de la santé et de la spiritualité n'est pas que l'apanage des personnes un peu plus âgées mais également celles des jeunes; nous remarquons d'ailleurs que chez les personnes âgées entre 20 et 40 ans, ces vécus peuvent parfois devenir plus intense. Par contre, il est à noter qu'étant donné notre méthodologie de recherche, nous ne pouvons affirmer qu'il y a une différence entre ces deux générations en ce qui concerne les vécus de la santé et de la spiritualité comme tels. Pour l'observer, il aurait fallu interroger des individus il y a vingt ans et comparer leurs vécus à ceux des individus interrogés aujourd'hui. Ce qui n'est clairement pas notre cas. Ce que nous pourrions observer, toutefois, c'est que les vécus de la santé et de la spiritualité paraissent semblables pour ces deux catégories d'âge dans notre société actuelle ; le lien entre les vécus sanitaire et spirituel n'est pas plus prégnant chez les personnes vieillissantes, par exemple, comme nous l'avons mentionné. Encore une fois, malgré certaines divergences, nous pourrions clairement identifier certaines préoccupations et représentations liées à la santé qui sont communes et bien intégrées par tous, et plus particulièrement le fait que, pour tous les individus interrogés, le rapport à la santé prend une place importante dans leur existence.

Enfin, les seuls critères que nous avons utilisés pour limiter notre groupe de participants sont ceux liés à l'état de santé, que nous avons déjà mentionnés, et celui de se préoccuper de sa santé par au moins une activité quelconque. Évidemment, une des originalités de notre thèse étant de s'intéresser aux individus sains, il fallait donc un critère en ce sens. Nous avons limité notre enquête aux participants ayant certaines préoccupations pour leur santé et posant des actions en ce sens afin de vérifier l'hypothèse de l'influence de la santé parfaite sur leurs vécus sanitaire et spirituel. Selon nous, la santé parfaite prend forme et se concrétise à travers

différentes préoccupations pour la santé qui peuvent être de nature: physique, psychologique, sociale et environnementale et spirituelle. C'est pourquoi nous avons recruté nos participants dans différents milieux liés à la santé comme des centres de yoga, certains groupes de Cardio plein air, le centre sportif de l'Université de Sherbrooke et la Coop Santé de l'Université de Sherbrooke. Deux personnes ont, quant à elles, été recrutées dans un centre de santé de type spa proposant des cures diverses pour la santé. Nous avons tenté de cibler des activités liées à diverses préoccupations pour la santé comme la forme physique ou encore le calme de l'esprit (plusieurs membres de la Coop santé faisaient par exemple des activités comme du taï chi et de la méditation). Évidemment, en ce qui concerne les participants, nous verrons que nous ne pouvons séparer les préoccupations liées au physique de celles liées au mental et il s'est avéré que les participants menaient souvent ces deux types d'activités. Enfin, nous avons ciblé plusieurs groupes d'individus selon le type d'activité qu'ils pratiquaient pour leur santé afin d'être certains d'avoir accès à ces différents pans de la santé, liés particulièrement à la santé globale. Mais comme nous le verrons, encore une fois, le lien que nous avons clairement observé entre les vécus sanitaire et spirituel des participants, touche tous les participants de cette étude sans exception et n'est donc pas exclusif aux individus faisant partie d'un groupe en particulier.

Nous pouvons également remarquer instantanément que nous n'avons pas ciblé les groupes dits défavorisés dans notre société. Les participants recrutés ont tous un certain niveau de scolarité leur permettant d'exercer un métier relativement bien rémunéré: secrétaire, comptable, domaine de la communication, etc. Nous avons également eu plusieurs étudiants de l'Université de Sherbrooke provenant de différentes disciplines. Plus précisément, tous les individus interrogés dans le cadre de notre recherche avaient un statut économique relativement semblable (classe moyenne, parfois supérieure, parfois inférieure). Tous avaient un emploi ou étaient étudiants à l'université (incluant quelques retraités). Leur éducation était soit de niveau professionnel, collégial ou universitaire. Nous savons pertinemment que nos résultats sur les représentations de la santé et de la spiritualité des individus contemporains auraient été très différents si nous nous étions intéressés aux individus défavorisés. Milieu où nous savons déjà que les préoccupations de santé ne sont pas les mêmes, ce qui influence largement le vécu lié à la santé. Tout comme nous n'avons aucun participant clairement fortuné, puisqu'ils auraient pu également avoir une représentation de la santé particulière influençant différemment leur rapport à la santé et leurs ressources à cet effet en ce qui

concerne bon nombre de thérapies et de cures diverses. Notre groupe est, autant que faire se peut, des plus neutres.

Finalement, tous ces critères ont été les mêmes pour recruter les personnes atteintes d'une maladie chronique. Même, cinq de ces six personnes ont été recrutées dans les mêmes groupes (Cardio plein air, yoga) que les participants dits sains. Une seule personne était sans emploi, en raison d'un handicap sévère. En ce qui concerne les quatre personnes recrutées au sein de l'église de type *Interfaith*, ce sont quatre personnes saines ayant exactement les mêmes critères de recrutement susmentionnés à la différence qu'elles n'ont pas été recrutées dans des groupes liés à des activités axées sur la santé mais dans un groupe spirituel spécifique.

En terminant, voici les spécificités sociodémographiques des trente participants que nous avons donc séparées selon trois groupes distincts que sont les individus sains, les individus atteints d'une maladie chronique et les membres de l'Église de type *Interfaith*. D'abord, parmi les vingt individus sains nous avons recrutés treize femmes, sept hommes et douze d'entre eux sont âgés entre 40 et 60 ans (huit femmes et trois hommes) et huit autres entre 20 et 40 ans (quatre hommes et cinq femmes). Nous ne reviendrons pas sur les détails de leur occupation respective, mais nous avons eu affaire à des individus scolarisés ayant un emploi relativement bien rémunéré. Toutefois, malgré certains écarts possibles en ce qui concerne la situation économique des participants, ce critère ne fait pas une différence notable entre leurs vécus sanitaire et spirituel dans le cadre de notre analyse. En fait, le seul critère qui nous permet de dénoter certaines différences à cet effet est celui de l'âge. Sinon, nous verrons que nous avons un groupe très homogène, tant sur le plan du vécu de la santé que des préoccupations par rapport à la santé et au vécu spirituel, et ce, bien que ces individus proviennent de milieux différents en ce qui concerne leur emploi ou leur domaine d'étude. Nous remarquons également très peu de différences entre les sexes en ce qui concerne les représentations de la santé et le lien entre les vécus sanitaire et spirituel.

Ensuite, comme nous souhaitons que notre groupe soit le plus neutre possible, nous n'avons pas d'éléments de comparaison significatifs par rapport au vécu des nouveaux arrivants, par exemple, ou au vécu de certaines personnes converties à une religion ou à une spiritualité spécifique. Ceci aurait constitué une autre étude portant sur une problématique différente liée à la santé et à la spiritualité. Mais nous avons tout de même ouvert notre recherche aux

immigrants ayant leur citoyenneté canadienne, puisque nous considérons qu'ils participent aux différentes mouvances et influences que subit l'identité de l'individu occidental contemporain au sein de notre société. Ils forment la société québécoise plurielle actuelle. Soulignons donc que nous avons recruté deux immigrants, provenant de Belgique et de France et habitant le Québec depuis plus de dix ans. Évidemment, notre étude ne portait pas sur leur vécu en tant qu'immigrants mais bien à l'analyse de l'émergence d'une nouvelle spiritualité liée à la santé au sein de la société québécoise dans son ensemble. Il n'y a donc aucune question particulière à cet effet.

Finalement, nous soulignerons donc brièvement les détails sociodémographiques pour nos deux derniers groupes. Tout d'abord, notre groupe d'individus atteints d'une maladie chronique est constitué de cinq femmes et d'un homme et de cinq personnes âgées entre 40 et 60 ans et d'une personne âgée entre 20 et 40 ans. Les critères liés à leur occupation et à leur confession ou spiritualité sont les mêmes que pour notre premier groupe et, comme nous l'avons mentionné, nous verrons que leurs représentations de la santé et de la spiritualité convergent avec notre groupe de participants sains. Enfin, parmi les membres de l'Église de type *Interfaith*, il y avait trois hommes et une femme. Parmi eux une personne âgée entre 20 et 40 ans, deux personnes âgées entre 40 et 60 ans et une personne un peu plus âgée (n'ayant pas de limite d'âge dans la recherche en collaboration avec le GRDU, nous avons donc une personne de plus de 60 ans). De plus, ces membres ont tous grandi au sein d'une famille catholique non pratiquante et proviennent de différents milieux professionnels : deux d'entre elles occupaient un emploi lors de notre enquête, une se cherchait un emploi dans son domaine et un autre était à la retraite. Comme nous pouvons le remarquer, ces personnes, du point de vue des critères sociodémographiques de nos deux autres groupes de participants provenant de notre enquête principale, auraient pu facilement être recrutées dans le cadre de notre recherche puisque, de plus, et c'est bien ce que nous analyserons, ces personnes se préoccupent de leur santé par différentes activités à travers lesquelles nous aurions pu les recruter également. Voilà donc les précisions en ce qui concerne les participants à nos deux enquêtes de terrain.

2. Analyse des données

Dans les chapitres qui suivent, nous analyserons précisément les données recueillies dans notre enquête de terrain principale comportant vingt personnes saines et six personnes

atteintes d'une maladie chronique. Nous traiterons des quatre personnes liées à l'Église de type *Interfaith* à la suite de cette analyse principale, dans la troisième partie. Tout d'abord, avant d'expliquer nos choix en termes d'analyse de contenu, nous tenons à préciser comment nous avons formulé notre guide d'entrevue et quelle stratégie d'entretien nous avons préconisée. Afin de bien cerner le vécu singulier des personnes concernées et leurs préoccupations liées à la santé, nous avons privilégié un entretien à questions ouvertes ou dit semi-dirigé. Pour ce faire, nous avons élaboré un guide d'entrevue (annexe II) dans le cadre duquel les participants étaient totalement libres de répondre comme bon leur semblait. Ce qui a eu pour résultats que les participants, par exemple, ont parfois davantage parlé de spiritualité en réponse à des questions différentes. Ce qui nous donnera également une indication en ce qui concerne le vécu et les représentations de la santé et de la spiritualité des individus interrogés. Cette stratégie avait pour but de ne pas être trop contraignante pour les participants puisque nous souhaitons leur donner la liberté d'exprimer leur vécu, leurs préoccupations et leurs représentations de la santé et de la spiritualité. Sachant donc que les questions ouvertes suscitent chez le participant une réponse plus représentative de sa réalité, nous n'avons évidemment aucun choix de réponse et aucune définition arrêtée de la spiritualité ou de la santé. Nous souhaitons qu'ils expliquent ces réalités dans leurs mots. Toutefois, afin de vérifier notre hypothèse en ce qui a trait au lien entre les vécus sanitaire et spirituel des individus contemporains ainsi que le poids possible des nouvelles préoccupations liées à la santé et à la complexification de sa définition actuellement, nous avons élaboré un guide d'entrevue précis à cet effet pour bien définir la cadre de l'entretien. La durée moyenne de nos entretiens a été de 1h30 par participant.

Évidemment, les difficultés avec les questions ouvertes sont particulièrement liées à l'analyse des données, de par la plus grande possibilité d'erreurs dans leur interprétation. En tenant compte de ce risque, nous avons créé un guide d'entrevue qui faisait en sorte que la personne interrogée répète certaines informations à travers des questions différentes. Ceci a permis à chaque participant d'approfondir certaines de ses définitions ou représentations au fur et à mesure de l'entretien et, également, de vérifier leur cohérence avec son vécu singulier. Nous nous sommes également permis de bien préciser avec les participants certaines de leurs réponses en répétant nous-mêmes leurs propos afin qu'ils confirment notre compréhension de leur vécu, de leurs préoccupations et de leurs représentations. Comme nous le verrons, ceci aura été très pertinent pour approfondir les questionnements et vécus des participants liés à leur santé et à leur spiritualité. Par exemple, la définition de base de la santé que nous

demandons au départ à chacun des participants a entraîné des réponses simples et peu élaborées pour la majorité d'entre eux. Mais grâce à cette forme d'entretien à questions ouvertes, nous avons pu cerner toute la complexité qui entourait cette première définition plutôt simple. Si nous nous étions arrêtés à cette définition, nous aurions eu une analyse peu représentative des représentations individuelles plus profondes liées à la santé et à la place qu'elle occupe dans la vie des participants. Enfin, soulignons que nous avons testé notre guide d'entrevue auprès de trois individus répondant aux mêmes critères d'admissibilités à l'étude que nos participants avant de leur soumettre.

C'est donc dans le même ordre d'idée que nous avons mené notre stratégie d'analyse des données. Nous avons évidemment privilégié une analyse par participant et non par question, et ce, pour les mêmes raisons susmentionnées, c'est-à-dire afin de cerner au mieux le vécu, les préoccupations et les représentations de la santé et de la spiritualité des participants afin d'observer s'il y avait un lien entre leurs vécus sanitaire et spirituel. Nous avons préféré ce type d'analyse puisque cela nous permettait de toujours garder en tête qui parle (sexe, âge, etc.) et de faire des liens entre les différentes réponses du participant. Également, les catégories que nous exposerons dans la section suivante ne suivent pas les questions de notre guide d'entrevue mais les thèmes principaux de notre recherche ainsi que les réponses à nos différentes hypothèses. Analyser le contenu des entretiens par participant nous a également permis de déceler un fil conducteur dans le propos des participants et une cohérence liée à leur vécu de la santé et de la spiritualité, tout en comprenant mieux comment cela se concrétisait dans leur existence. Enfin, cette façon de procéder était pertinente dans le cadre de cette recherche puisque c'est ce fil conducteur et cette cohérence dans les propos des participants qui nous serviront d'assise principale pour illustrer le lien entre l'émergence d'une nouvelle forme de spiritualité liée au vécu de la santé dans notre société occidentale contemporaine.

2.1 L'émergence de catégories dominantes

Nous exposerons ici les catégories qui se sont dégagées de notre analyse des données en ayant en tête que ce qui s'est dévoilé ultimement est la convergence entre le vécu des participants et leurs représentations de la santé et de la spiritualité, et ce, même s'ils proviennent de différents groupes. Les résultats nous mèneront vers davantage d'unité que de séparation.

Nous n'allons donc pas exposer, ici, une nouvelle typologie pour classer les vécus mais bien démontrer qu'un lien se construit clairement dans notre société entre le vécu de la santé et celui de la spiritualité. Loin de nous l'idée de grandeur d'affirmer que nous venons de trouver la spiritualité des individus occidentaux contemporains, bien évidemment. L'idée est simplement de contribuer à décloisonner certaines catégories particulièrement utiles comme le concept de la nébuleuse-mystique-ésotérique de Champion, expliqué dans le troisième chapitre. En effet, dans le cadre de notre enquête de terrain, il y a eu une extension de cette catégorie de la nébuleuse mystique-ésotérique³⁹ vers un vécu plus global et unificateur lié à la santé et à ses normes dans notre société, ainsi qu'à l'émergence d'une nouvelle spiritualité qui découle de ce vécu commun associé à l'intériorisation de normes sociales collectives rattachées à la santé et à la spiritualité comme outil de bien-être et promesse d'une « vie bonne », pour emprunter les termes du philosophe Luc Ferry dans son livre : *La révolution de l'amour. Pour une spiritualité laïque* (2010).

Nous démontrerons également que l'individualisme contemporain en est bien un de surface. Les participants interrogés se considèrent chacun comme un individu unique, et parfois même *out* ou différents par rapport à la majorité, tout en démontrant, d'un autre côté, avoir très bien intériorisé les règles collectives dominantes associées au vécu de la santé et à certaines normes sociales associées aux représentations de la santé et de la spiritualité. De plus, cet individualisme les mène très souvent vers l'autre, ce que nous approfondirons. Finalement, dans un groupe d'individus nous avons toujours des extrêmes, ce que nous préciserons également. Notre groupe est homogène en ce qui concerne le lien entre les vécus sanitaire et spirituel des participants, entre autres, mais cette homogénéité se décline en différentes couleurs.

2.2 Tableau des catégories

Afin de vérifier notre hypothèse à partir des données recueillies sur le terrain, nous avons créé six grandes catégories : 1) représentations de la santé et de la maladie, 2) spiritualité et croyances et, afin de vérifier l'articulation entre ces deux pôles, 3) préoccupations et actions liées à la santé ainsi qu'une catégorie intitulée 4) travail sur soi et cheminement personnel. Les deux autres catégories sont liées davantage au lien entre individu et société : 5) identité et

³⁹ Nous reviendrons plus précisément sur ce concept et la recherche de Champion dans le chapitre VIII de notre thèse, puisque nous y analyserons davantage le vécu spirituel des participants.

pressions sociales et 6) ligne de conduite et guides au quotidien (morale s'il y a lieu). Cette dernière catégorie analyse particulièrement le lien entre les actions des individus liées à leur santé et à leur spiritualité et l'émergence d'une morale commune. Elle rend précisément compte d'un certain engagement social à travers un engagement préalable envers soi-même. Ce qui est clairement associé à l'individualisme de surface, que nous avons mentionné, et que nous allons davantage préciser dans cette analyse. À ce stade, nous pouvons simplement spécifier que nous remarquons l'émergence d'une morale liée à cette articulation entre les vécus sanitaire et spirituel. Pouvons-nous parler d'une nouvelle morale? Selon les dires de Ferry :

Du reste, l'apparition de nouvelles valeurs morales n'est pas un phénomène avéré. Il faut, en la matière, se méfier au plus haut point des idéologies de la nouveauté radicale. Si tant est qu'elle existe, l'existence de nouvelles valeurs doit être à tout le moins considérée comme un événement extraordinairement rare. Car depuis des siècles et des siècles, les grandes morales, quelles qu'elles soient, valorisaient l'honnêteté, la douceur et la bonté davantage que le mensonge, la violence et la méchanceté. (2010 : 369-370).

Nous serons donc prudents. Pour Ferry, la nouveauté est l'amour. Pour nous, la nouveauté est que cette morale provient des nouvelles normes sociales liées à la santé et du lien entre les vécus sanitaire et spirituel des individus contemporains. Dans un monde que certains auteurs⁴⁰ dépeignent comme sans guides ni morales unificatrices, particulièrement dû au fait que la religion instituée ne soit plus garante de cette morale ou guide d'une certaine ligne de conduite à suivre pour être un bon citoyen, nous observerons que ce qui guide les actions des individus que nous avons interrogés est leur santé globale et son maintien. Dans ce contexte, la spiritualité est souvent perçue comme un outil permettant cette santé globale. D'où toute l'émergence du lien entre les vécus sanitaire et spirituel que nous avons observés dans cette thèse. Les valeurs véhiculées demeurent donc les mêmes depuis la nuit des temps, mais elles sont instituées, selon nous, d'une autre manière alors que ce qui pousse les individus dans notre société à vivre selon ces valeurs morales universelles est différent de ce qui prévalait par le passé, un passé peu lointain où la religion était le phare guidant les actions des individus. Le phare a été remplacé, parfois, par l'institution de la santé et ses recommandations et par un

⁴⁰ Voir les auteurs cités dans le troisième chapitre de la thèse, tel que Lasch et De Munck.

engagement envers soi-même lié aux valeurs communes d'authenticité, ce que nous préciserons. Nous verrons comment, par ce changement de phare, une nouvelle forme de spiritualité émerge.

2.3 Sous-catégories

Évidemment, afin de cerner le plus de détails et d'informations pertinentes pour notre interprétation des données recueillies sur le terrain, nous avons, également, créé plusieurs sous-catégories qui soulèvent plusieurs éléments de notre guide d'entrevue.

Voici les sous-catégories pour chacune des six grandes catégories :

1. Représentations de la santé et de la maladie

- Définition de base de la santé
- Perception de son état de santé
- Responsabilisation par rapport à sa santé
- Énumération d'éléments nuisibles contribuant à rendre un individu malade
- Définition de l'état de malade
- Énumération de bémols liés aux représentations de la santé dans notre société
- Définition de la santé parfaite

2. Spiritualité et croyances

- Définition de la spiritualité ou d'une philosophie de vie
- Utilité de la spiritualité ou d'une philosophie de vie au quotidien
- Représentations de la mort, de la souffrance et de ce qui est immaîtrisable
- Énumération d'éléments qui aident à gérer les événements de la vie
- Définition d'un vide existentiel
- Définition du bonheur et du bien-être
- Comparaison entre la foi en les technologies médicales et la foi en la spiritualité pour améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble

3. Préoccupations et actions associées à la santé

- Définition plus large de la santé
- Préoccupations associées à la santé
- Actions associées à la santé
- Investissement budgétaire et temporel
- Buts des actions associées à la santé
- Rituels liés à la santé

4. Travail sur soi et cheminement personnel

- Importance du travail sur soi et du cheminement personnel
- Actions entreprises dans ce but
- À quels besoins répondent ce travail et ce cheminement?
- Lien avec la spiritualité ou la philosophie de vie des individus
- Énumération de différentes nuances liées aux représentations du cheminement personnel dans notre société

5. Identité et pressions sociales

- Perception de son identité confessionnelle ou spirituelle
- Mentors et représentations d'une identité positive
- Représentations d'une identité négative
- Représentations de la normalité
- Importance de l'état de santé dans l'image de soi
- Importance de l'état de santé dans la perception de l'autre
- Pressions sociales associées à l'état de santé

6. Ligne de conduite et guides au quotidien

- Attitudes liées à toutes formes de croyances
- Énumération d'éléments qui influencent les actions des individus par rapport à leur santé

- Devoir ou plaisir?
- Valeurs importantes dans la vie des individus
- Sens de l'existence
- Liens avec la communauté

Notre analyse de ces six grandes catégories démontre clairement qu'il y a émergence d'une nouvelle forme de spiritualité liée à la santé et que l'état de santé agit comme nouveau guide dans une société où l'individu a la responsabilité de se construire par rapport à son idéal. Cet idéal est évidemment largement influencé par certaines normes sociales, comme nous l'avons déjà démontré dans notre analyse de la littérature faite dans la première partie de cette thèse. Notre étude de terrain démontre qu'il y a bien une forme de sociabilité forte liée à l'état de santé et que la spiritualité est davantage utilisée, dans ce contexte, comme un outil pour atteindre une meilleure santé et un meilleur état de bien-être que pour obtenir des réponses claires face à l'inéluctable qui peut être représenté par la mort, la vie et les événements de l'existence. Dans les prochains chapitres, nous ne reviendrons pas sur les notions d'influences sociales sur le vécu de la santé des individus contemporains, mais nous en rendrons compte en mettant de l'avant, particulièrement, les liens très clairs entre les éléments suivants : construction de l'identité, règles sanitaires, responsabilisation par rapport à soi et à son existence et élaboration d'une spiritualité qui fait sens avec ces éléments. Notre analyse apporte des éléments supplémentaires pour mieux comprendre le vécu contemporain de la spiritualité, en le mettant en lien direct avec le vécu de la santé dans notre société.

CHAPITRE V

La santé : un nouveau guide

Afin de démontrer cette émergence d'un rapport à la santé pouvant agir comme guide dans la vie des individus contemporains, nous allons d'abord nous attarder à la catégorie 5, identité et pression sociale, pour mieux comprendre justement comment se construit l'identité de cet individu. Nous mettrons cette catégorie directement en lien avec la catégorie 6, ligne de conduite et guides au quotidien, afin de saisir au départ ce qui influence et guide les participants à notre recherche, et ce à quoi ils aspirent. Nous pourrions y voir particulièrement ce qui est considéré comme des attitudes négatives et des attitudes positives pour eux. Ensuite, nous irons plus en profondeur dans l'analyse des représentations de la santé et de la maladie (catégorie 1) et des préoccupations et des actions posées en ce sens (catégorie 3). Ceci nous permettra de mieux comprendre les conséquences de la complexification de la définition de la santé actuellement, ainsi que l'impact de la responsabilisation personnelle croissante des individus par rapport à leur état de santé et sur leurs vécus sanitaire et spirituel. Finalement, nous en arriverons à mieux cerner, dans ce contexte, toute l'importance que revêt le travail sur soi et le cheminement personnel pour les participants (catégorie 4) et le lien direct entre ce cheminement, leur spiritualité ou leur philosophie de vie et leurs croyances (catégorie 2). Rappelons que cette analyse s'attardera principalement aux personnes saines (vingt participants) ainsi qu'à un groupe plus restreint de personnes atteintes d'une maladie chronique (six participants)⁴¹. Ces deux groupes diffèrent peu, d'autant plus que les personnes ont toutes été recrutées dans les mêmes groupes (pour la majorité). Ce sont donc à des personnes saines ou atteintes d'une maladie chronique se préoccupant de leur santé par au moins une activité quelconque à qui nous avons eu affaire. Nous mentionnerons à la pièce les différences notables entre ces deux groupes, puisque les analyser séparément serait particulièrement redondant. En fait, nous soulignerons plutôt leurs ressemblances, notamment dans la partie liée aux représentations de la santé et de la maladie, afin de démontrer que ces représentations sociales dominantes influencent les vécus de ces individus de façon similaire.

⁴¹ Il est à noter que nous précisons, dans l'annexe III de la thèse, tous les éléments sociodémographiques en lien avec chacun des participants, en soulignant également l'endroit où nous les avons recrutés. Nous avons attribué à chacun des participants un numéro précis le reliant à la description qui lui correspond dans l'annexe II. Chaque fois que nous citerons un participant, particulièrement dans les prochains chapitres, nous utiliserons donc ce numéro de référence.

Donc, il sera intéressant de garder en tête que l'émergence d'une spiritualité liée au vécu de la santé touchera tous les participants dans leur ensemble et que le fait d'être atteint ou non d'une maladie chronique ne constitue pas un critère de différenciation marqué entre les participants en ce qui concerne leurs vécus de la santé et de la spiritualité.

1. Identité et pression sociale : la santé comme marqueur identitaire

Mettons d'abord au clair, autant que faire se peut, l'identité confessionnelle et spirituelle des individus interrogés. La majorité des participants se disent catholiques non pratiquants: qu'est-ce que cela signifie? Est-ce la même chose pour tous les non-pratiquants? Dans la manière de se définir, c'est très différent. Parmi les catholiques non-pratiquants nous avons dix-huit personnes: deux se disent athées, deux laïques, une se dit animiste et une autre appartenant à la catégorie *New Age*. Trois personnes ne se disent pas athées puisqu'elles croient tout de même en Dieu alors que pour les neuf autres catholiques non-pratiquantes cela varie entre sans religion point ou sans religion mais croyant en la force de la vie ou autre. Une personne catholique non-pratiquante dit qu'elle a tout simplement dissocié sa spiritualité de la religion avec les années mais qu'elle croit toujours en Dieu. Ce qui fait le pont entre les cinq personnes se disant catholiques pratiquantes ou relativement pratiquantes (*par période, oui et non*), en ce sens que ces cinq personnes expliquent toutes que leur spiritualité dépasse la religion catholique ou qu'elles en prennent et qu'elles en laissent dans le message de la religion catholique, ou encore, démontrent qu'elles ont façonné leur spiritualité à leur image. À l'inverse, une personne non-pratiquante ne croit pas en Dieu mais dit qu'elle n'est pas athée puisqu'elle trouve que les valeurs véhiculées dans la religion catholique sont bonnes. Finalement trois personnes, qui n'étaient pas baptisées, se définissent comme suit : agnostique, athée et sans religion.

En fait, ce qui devient clair pour nous, malgré cette disparité manifeste dans la façon de se définir par rapport à ses croyances spirituelles ou religieuses, c'est que tous ces individus sans exception, ici, construisent leur spiritualité ou leur philosophie de vie. Ces participants, qu'ils soient catholiques pratiquants, non-pratiquants ou autres, ont tous une attitude que nous qualifions de « butineurs », en ce sens qu'ils s'abreuvent à plusieurs sources pour construire leur spiritualité et leur philosophie de vie et se méfient des dogmes, donc en prennent et en

laissent, que ce soit dans la religion catholique ou dans toutes autres religions ou croyances (bouddhiste, *New Age*, etc.). Séparer ces individus en les mettant soit dans la catégorie du religieux institutionnel ou hors institution ne fait pas sens dans le cadre de cette thèse, puisque ce fait ne les différencie pas dans leur façon de croire, ce que nous allons approfondir.

Nous avons effectivement observé, chez tous les participants, certaines attitudes récurrentes face à la façon de croire et à ce qui influence leurs croyances. Tous butinent, comme nous l'avons mentionné, et disent prendre ce dont ils ont besoin dans différentes formes de religions ou de spiritualités. Sur ce, huit participants disent clairement ne pas vouloir adhérer totalement à quoi que ce soit et huit croient qu'ils sont leur propre guide, qu'il n'y a pas de normes et que l'on doit donc trouver sa propre voie. On peut voir ici clairement toute l'ampleur de la responsabilisation individuelle dans ce processus, tel que discuté dans le chapitre trois.

Logiquement, dix-huit personnes croient clairement à ce qu'elles expérimentent, ce qui va également avec l'idée manifeste chez les participants que l'on doit lier la croyance à l'action, sinon cela ne fait pas sens dans leur existence. La croyance doit être appliquée à la vie et au quotidien des individus. Plusieurs personnes dénotent ce fait. Une personne, catholique pratiquante, expliquera que sa spiritualité n'est pas qu'alimentée par la religion catholique et que parfois : [...] *vous vous ramassez avec des exemples de la pratique qui sont tout à fait contraires à l'objectif* (participant 1.2.2). Cette personne dira plutôt que : *il faut adapter notre vie à notre vérité*. Une autre personne, catholique non-pratiquante, dira qu'elle a encore une certaine croyance en la religion catholique mais: *Oui une certaine croyance, il y a quelque chose mais pas davantage, ce n'est pas axé là-dessus. Peut-être parce que je vois des gens qui se disent croyants, qui disent qu'ils pratiquent parce qu'ils vont à des offices religieux, mais je ne trouve pas qu'ils le mettent en pratique finalement dans leur vie, dans la façon d'agir avec les gens. Alors que j'ai ma propre idée là-dessus* (participante 1.2.4). Finalement, une autre personne, laïque, dira également:

Participante 1.4.1 : *Oui je crois que quelqu'un qui a une spiritualité en éveil va être mieux. En effet, je pense que c'est équilibrant pour un être humain. [...].*

Intervieweur : *En éveil?*

Bien en éveil quoi! Qui réfléchit là-dessus, qu'il y ait quelque chose, des actions qui vont avec parce qu'il y a des gens, effectivement, qui disent oui je crois en quelque chose et en fait tu te rends compte que ce n'est pas dans leur vie vraiment.

Intervieweur : *Ce n'est pas appliqué...*

Bon, alors, je ne vois pas l'intérêt de croire en quelque chose si tu n'appliques rien. Mais oui quelqu'un qui a une très belle spiritualité, n'importe laquelle d'ailleurs peu importe, oui je pense que ça peut aider.

Cette idée de lier la croyance à l'action est claire dans différents éléments de réponse des participants et on la retrouve également particulièrement dans l'idée qu'il est très important d'être authentique par rapport à soi et aux autres. L'authenticité représente pour eux, en majorité, l'intégrité envers soi et le fait d'être soi-même, d'assumer qui l'on est et d'être en accord avec soi. Tous les participants pensent qu'être authentique est très important, la seule personne qui a un bémol dira ceci : *Je vois encore ça comme un terme commercial là. Je dirais que ça l'a été surexploité commercialement. J'ai un petit recul vis-à-vis de ce terme parce qu'on dirait que tout le monde que je connais qui se disent authentiques, on dirait qu'ils ne font pas les actions pour, vraiment* (participant 1.3.1). Enfin, on voit ici que ce n'est pas l'importance d'être authentique qui est critiquée par cette personne mais bien le fait, encore une fois, de ne pas lier nos actions à ce que l'on dit être ou à nos différentes croyances qu'elles soient spirituelles, religieuses, idéologiques ou philosophiques.

Cette notion nous amène directement vers l'analyse de l'identité de l'individu contemporain et de ce qui influence ses actions. En bref, y a-t-il un guide derrière soi? Nous avons posé différentes questions liées à l'identité des individus interrogés et à leur perception des autres, notamment en lien avec leur état de santé puisque nous souhaitons analyser cette influence dans leur existence et observer s'il y avait un poids par rapport à un devoir d'être bien portant dans notre société. Nous souhaitons également observer comment, s'il y avait lieu, la santé pouvait se lier à la spiritualité ou à la philosophie de vie des individus préoccupés par leur santé. Nous allons voir que les règles sociales liées à l'état de santé, dont nous avons discuté dans le troisième chapitre, ont été bien intériorisées. De plus, elles vont influencer la construction de l'identité des participants ainsi que leur vision des autres. Nous avons donc noté, tout au long des entretiens des participants, ce qui était considéré comme des attitudes

négatives et des attitudes positives et ce qui influençait leurs perceptions d'eux-mêmes et des autres.

D'abord, ce qui ressort clairement chez la majorité des participants, à quelques nuances près, et ce, en lien avec l'idée de lier sa croyance aux actes ou d'être authentique, est qu'ils voient comme négatif quelqu'un qui *ne se prend pas en main*, qui *se plaint tout le temps* ou qui *s'apitoie sur son sort*, qui *ne fait pas d'efforts*, qui *n'a pas de bonnes habitudes de vie*, qui *est négatif*, en somme qui est passif face à l'existence. Ces attitudes sont jugées négatives face à l'existence. Et ceci peut aller parfois jusqu'au jugement des individus qui ne prennent pas soin d'eux. Une partie des participants (treize) disent trouver cela dommage ou triste mais que cela appartient aux personnes de prendre soin d'eux. Une autre partie, plus drastique, dira que ce n'est *pas logique* ou *pas intelligent* puisqu'*on sait*. Donc ils savent et ne le font pas. Ils admettent donc porter un jugement à l'égard des gens qui ne prennent pas soin d'eux et onze personnes considèrent que la majorité des gens ne sont pas en santé ou ne prennent pas assez soin d'eux; *l'on sait que l'on doit prendre soin de soi* alors pourquoi certains ne le font pas? Ce fait est intéressant pour mieux comprendre ce qui influence les actions des individus. Nous avons également noté tout au long des entretiens des participants où ils disaient précisément *je sais*, pour nous rendre compte que ce qu'ils savent est lié à leur santé, aux actions à poser en ce sens et à leur état intérieur. Comme nous le supposons lorsque les participants parlent de spiritualité, jamais ils ne savent. Nous y reviendrons dans l'analyse de la catégorie spiritualité et croyances, où nous remarquerons qu'ils ne cherchent pas nécessairement à savoir lorsqu'il est question de spiritualité.

Spécifions toutefois qu'Yves St-Arnaud dans son livre *Vivre sans savoir. Invitation au dialogue entre croyants et non-croyants*, explique un fait qui nous sera utile, à savoir le domaine des convictions des croyants et des non-croyants :

[...] dans tous les dictionnaires consultés, le mot 'certitude' apparaît dans la définition de la conviction. Il faut comprendre que le langage de la vie courante ne se limite pas à l'évidence sensible 'indiscutable' ou à une 'connaissance rationnelle universelle' : la certitude pour soi n'est pas une certitude en soi. [...] J'appelle certitude cet 'état de l'esprit qui ne doute pas, n'a aucune crainte d'erreur'. (2012 : 49).

Dans le domaine de la conviction, la certitude repose sur une expérience qui ne se limite pas aux processus rationnels. Lorsque le contenu d'un énoncé est incontestable, je ne dis pas 'je suis convaincu', mais 'je sais'. Lorsque je me dis convaincu, je reconnais qu'il m'est impossible d'être absolument certain. (2012 : 50).

Yves Saint-Arnaud parle ici de convictions liées à la spiritualité et à la religion des individus, ou encore, à leurs convictions de non-croyants. Dans notre recherche de terrain nous décelons que ce qui relève de cette conviction personnelle, où les individus en arrivent à dire *je sais*, est liée exclusivement à l'état de santé globale (c'est-à-dire au-delà de la santé physique), aux actions à poser à cet effet et à l'état de bien-être intérieur et de ce qu'il faut faire pour *être bien dans sa peau*. Dans ce sens, la santé et la spiritualité se lient ici (si tant est que nous ajoutons la spiritualité à la définition de la santé). Mais ce pourquoi nous parlons d'emblée de ce fait dans cette section de l'analyse, c'est qu'il est révélateur d'un point essentiel de notre recherche en ce qui concerne ce qui guide les individus dans leur façon d'agir et de la distinction qu'ils font entre ce qui constitue une bonne voie à suivre d'une mauvaise voie à suivre. Ces éléments influencent toute leur identité et leur perception des autres également. Voici quelques exemples de réponses ou d'explications où les participants affirment, *je sais*, ou encore où ils mentionnent que certains éléments confirment qu'ils sont dans la bonne voie :

Participant 1.3.9 : *Je sais que c'est moi qui dois faire attention à ce que je fais, à ce que je mange, à ce que je pense, à ce que je veux dire pour être vraiment bien dans ma peau.*

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence?*

Oui, dans le sens qu'il faut que je sois bien dans ma peau pour vouloir continuer à vivre. Ça donne un certain sens dans ce sens-là, d'être bien dans sa peau, d'être bien dans sa tête, oui.

[...] c'est sûr que la maîtrise de son état de santé, c'est la maîtrise de soi-même en partant là. C'est de savoir que tu es correct, et en étant en contrôle avec soi-même, c'est sûr que tu es en contrôle avec ta vie.

Participant 1.3.7 : *Quand ça va mal, quand j'ai un rhume, quand je suis malade, j'ai l'impression de perdre le contrôle. [...] je sais les actions à poser pour être en santé et c'est moi qui décide de les poser. C'est moi qui les fais et c'est moi, en décidant de faire une action, qui va être en santé.*

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence?*

Oui, dans le sens où c'est probablement une tâche à faire. Je pense à mon stage, j'arrive, je n'ai rien à faire, sauf que dans ta vie tu arrives et ce que tu as à faire c'est prendre soin de ta santé. Donc, oui, ça donne un sens dans le sens que ça te donne quelque chose à faire. Il faut que tu prennes soin de toi et de ta santé pour être heureux.

Intervieweur : *Comme une morale, une ligne de conduite ou quelque chose qui te guide?*

Oui exactement, c'est ça. Ça donne un sens à la vie parce que ce que tu as à faire dans ta vie c'est prendre soin de toi, parce que justement si tu es en santé et bien avec toi, tu peux rayonner, aider les autres et faire avancer.

Comme on pourra l'observer également de façon récurrente dans cette analyse, prendre soin de soi devient une morale afin d'être bien avec les autres et d'améliorer ses relations. Ce qui nous fera parler d'un individualisme de surface et d'une morale émergente liée à la spiritualité-santé, sans tomber dans la naïveté du « tout le monde est beau », mais plutôt dans l'idée d'analyser plus en profondeur l'identité narcissique dont certains auteurs, dont Lasch en particulier, se servent pour décrire l'identité de l'individu contemporain. Nous pouvons également observer dans la société québécoise actuelle certaines tendances (parfois intellectuelles, parfois artistiques ou provenant de certains groupes religieux) à percevoir les individus contemporains comme narcissiques, particulièrement peu engagés, si ce n'est que par rapport à eux-mêmes. Dans cette enquête de terrain, il est clairement démontré que l'on doit prendre soin de soi et que c'est une règle de sociabilité très importante, ce qui fait en sorte que le narcissisme devient une condition de sociabilité pour les individus. Si c'est une condition de sociabilité, il devient logique que ce narcissisme et ce souci de soi deviennent ou soient, par nature, un élan vers l'autre. Nous traiterons d'ailleurs plus loin, dans cette partie,

de cette morale émergente associée directement au lien entre les vécus sanitaire et spirituel des participants. Mais revenons à nos exemples où les participants affirment qu'ils savent, qu'ils ont trouvé la vérité ou une ligne de conduite ou qu'ils sont, sans conteste, dans la bonne voie :

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence?*

Participant 1.3.1 : *Oui, parce que je vais orienter mon existence pour être le mieux possible. Pour être plus en santé parce que quand je suis en santé sur tous les niveaux, bien, je me sens bien et je me sens heureux. Oui, en fait présentement je suis en train d'orienter toutes mes actions pour que ma santé soit optimale.*

Moi je suis content d'avoir trouvé. J'ai trouvé comme une part de vérité dans tout ce qu'il y a qui ne fonctionne pas. Oui, ça me donne un sentiment d'accomplissement. Je me sens bien avec moi-même et j'ai plus de contrôle sur ma vie. On dirait que je suis rendu à un niveau où je sais ce qui fonctionne pour moi, c'est ça le contrôle sur ma vie. C'est que je suis plus obligé de suivre les conseils des autres, parce que ce que je fais pour moi ça marche.

Intervieweur : *Est-ce que la santé est une valeur importante dans votre vie?*

Participante 2.1.2 : *C'est primordial.*

Intervieweur : *Est-ce qu'elle fait partie d'une morale, d'une ligne de conduite?*

C'est une ligne de conduite. Il faut faire attention à sa santé, il faut essayer de la conserver le plus longtemps possible.

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence?*

Oui dans le sens, comme je l'expliquais tout à l'heure, le fait d'être en santé ça me permet de pouvoir aider les autres, d'en faire profiter d'autres personnes donc c'est un sens à ma vie ça.

Intervieweur : *Est-ce que les campagnes de préventions et les diverses informations médiatiques sur la santé de la population influencent vos préoccupations pour votre santé et les actions que vous posez à cet effet?*

Participant 1.1.2 : *[...] l'influence que ça a c'est que ça renforce, c'est correct les actions que je fais. [...] Donc ça pourrait renforcer ce que je fais déjà, ça vient prouver que je suis dans la bonne ligne.*

En réponse à la même question, le participant 1.1.4 répondra :

Ça me préoccupe dans le sens que je sais que je prends soin de ma santé. Ça me confirme que ce que je fais c'est correct. Avec toutes les informations que l'on a facilement maintenant, il n'y a personne qui ne devrait pas se préoccuper de sa santé. Personne qui peut dire qu'il n'est pas au courant. Non c'est ça, ça m'aide à me confirmer que ce que je fais est correct.

Toujours en réponse à la même question, la participante 1.2.1 répondra quant à elle:

Non, ça n'influence pas mais c'est sûr que tu te dis pourquoi? Parce qu'on sait tous que la vie est fragile. Pourquoi ils n'en font pas un peu plus? Oui, pourquoi l'intérêt n'est pas là pour leur santé? [...] Des fois tu vois un petit bébé qui vient au monde, qui va être malade en venant au monde, et d'autres fois tu as des personnes qui savent quoi faire et qui ne le font pas. C'est quoi? C'est-tu une question de logique? Tu te dis pourquoi?

On voit que ce savoir sur soi peut être transposé vers un savoir pour tous. Tout le monde devrait savoir et, donc, prendre soin de sa santé. Cela représente la bonne façon de se comporter en général. On pourrait mettre plusieurs autres exemples de cette affirmation ou de cette pensée, exprimée autrement chez plusieurs autres participants, comme le participant 1.3.1 qui affirme ceci:

Je ne comprends pas comment quelqu'un d'intelligent ne puisse pas prendre soin de lui-même. [...] Pour moi quelqu'un de 70 ans qui n'a pas compris comment son corps

fonctionne, qui n'a rien appris de lui-même, qui n'est pas capable d'être en santé à 70 ans, il n'a rien appris de la vie.

Cette affirmation nous remémore quelque peu la citation de l'éditorial de la revue *Psychologie* de janvier 2009, que nous avons rapportée dans le troisième chapitre de notre thèse: « Or, c'est autour de 68 ans que les tracas de santé et les incapacités surviennent. Après, ça devient moins drôle, et la différence se creuse entre ceux qui ont fait ce qu'il faut pour se maintenir en bonne santé et les autres. » (Servan-Schreiber 2009 : 7) Enfin, plus profondément, nous pouvons remarquer chez certaines personnes que l'état de santé d'un individu en dit long sur les qualités, voire les compétences de celui-ci à bien mener son existence, et que cette vision des choses est clairement valorisée dans certains médias et discours qui ont trait à la promotion de la santé. Comme le mentionne Deborah Lupton : « [...] I have sought to problematize the taken-for-granted nature of health promotion discourses. I have attempted to demonstrate that public health and health promotion act as apparatuses of moral regulation, serving to draw distinctions between 'civilized' and 'uncivilized' behavior, to privilege a version of subjectivity that incorporates rationality, [...]. » (1995: 158). Sur ce, nous remarquons donc que l'état de santé, pour les vingt-six personnes interrogées, est important dans l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et pour dix-huit d'entre elles, ceci est également vrai pour l'image qu'elles veulent exposer au monde extérieur. Ces réponses sont encore liées directement à l'idée que l'état de santé globale est un indicateur de bonne conduite ou de ce qui est considéré comme une attitude positive, voire, si nous revenons à l'exemple de la revue *Psychologie*, à une certaine forme d'intelligence nous propulsant au-dessus de ces « autres » dont parle Louis-Philippe Servan-Schreiber dans son éditorial. Voici encore quelques exemples :

Intervieweur : *Votre état de santé est-il important dans l'image que vous avez de vous-mêmes?*

Participante 2.4.1 : *Bien oui, je pense que oui, parce qu'elle reflète la façon dont je gère ma vie. [...]. C'est un indicateur de savoir comment je vis, comment je me comporte.*

Participant 1.1.1 : *Tu ne peux pas juste bouger et ne pas bien manger. Si tu le fais, il y a un déséquilibre quelque part. Si tu te cherches une santé, à quelque part tu la*

cherches partout. En tout cas, moi je fonctionne de même. Puis je me dis que tout le monde devrait fonctionner de même. Mais ce n'est pas comme ça que ça marche, ça englobe tout.

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence?*

Oui, parce que si je suis malade ça me dit que je ne suis pas dans la bonne attitude. Pour moi c'est un langage. Si ma posture me parle, la maladie me parle aussi. La santé peut en dire long, parce que si tu es en bonne santé c'est grâce à une attitude juste pour moi. [...] Alors si tu es en santé ça prouve, physiquement, que tu es dans le juste. Puis sûrement dans le moral, le psychologique, tu es dans le juste aussi.

Nous terminerons cette partie sur ce que les individus affirment savoir ou être l'attitude juste ou correcte, en analysant les réponses du participant 1.1.3. Ce qui nous mènera directement à la définition d'une identité positive et aux éléments qui influencent davantage, selon la majorité des participants, les actions qu'ils posent envers leur santé, ou encore, aux éléments qui influencent leur ligne de conduite en général :

Intervieweur : *Est-ce que la santé est une valeur importante?*

Pour moi c'est la base, tu ne peux pas passer à côté de ça. Si tu passes à côté de ça, tu passes à côté de la vie carrément, si tu ne vis pas en santé.

Je ne pense pas que ça peut prendre trop de place dans une vie la santé. Ça c'est ma vision personnelle des choses, mais c'est comme la seule chose qui importe pour vrai. Si tu es bien avec toi-même, tu vas être bien avec les autres, tu vas être bien n'importe où, où est-ce que tu peux te trouver sur la terre.

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence?*

Oui, oui, oui. Mais comme je le disais [...] la meilleure chose que l'on peut faire pour le monde, c'est de travailler sur nous-mêmes en premier. Si je fais attention à ma santé physique, mentale, émotionnelle, spirituelle, si je fais ce qu'il faut pour être une bonne personne, pour moi ma vie prend tout son sens là parce que je peux être une

bonne personne pour le reste de l'humanité. [...] je crois que c'est le seul sens qui peut y avoir dans la vie (rires)! D'après moi, ça devrait être une religion la santé (rires)!

Intervieweur : *Votre état de santé est-il important dans l'image que vous avez de vous-même?*

Oui, parce que je sais que j'ai fait quelque chose de pas correct. Si j'attrape une grippe, c'est parce que je suis allé jusqu'à l'épuisement. [...] j'ai fait quelque chose pour tomber malade, moi je pense qu'on est responsable. Moi je crois que tu peux être tellement en santé que tu vas résister à n'importe quoi. Ça fait partie de mes croyances ça, de ma religion (rires)!

Donc mon image, [...] je ne remarque pas vraiment les réactions des gens ou je ne m'en fais pas avec ça, mais c'est sûr qu'au niveau de la santé j'aimerais ça être un exemple. Mais c'est plus pour moi. Dans le sens que j'aimerais ça moi être assez bien pour que le monde se dise : Aïe! Il a l'air bien, j'aimerais ça moi aussi être comme ça (rires).

Nous remarquons clairement que la santé est un marqueur identitaire fort, pas seulement la santé physique, mais la santé globale. Ce qui démontre bien une partie des conséquences de la complexification de la définition de la santé sur la perception de soi et des autres dans le Québec actuel. De plus, encore une fois, dans ces réponses et ces explications nous voyons cet élan vers l'autre par le fait de prendre soin de soi, ce qui est un des éléments qui fait que la santé contribue à donner un sens à la vie des participants et souvent tout un sens. Pour vingt-deux participants, la santé donne clairement un sens à leur existence et pour la majorité c'est le sens ultime, puisque pour seulement cinq d'entre eux le sens provient toutefois davantage de leur philosophie de vie ou de leur spiritualité mais, comme nous le verrons, ces deux éléments deviennent parfois très difficiles à départager. En ce qui concerne les quatre autres personnes, elles disent que la santé est une ligne de conduite mais qu'elle ne donne pas le sens à leur existence. N'en demeure pas moins qu'elle est une ligne de conduite et qu'elle joue tout de même le rôle de guide pour ces personnes. L'une dira qu'elle ne cherche pas de sens à l'existence mais que la santé contribue à faire en sorte qu'elle est bien dans son existence et que c'est très important, mais qu'elle ne croit pas que l'on ait besoin de trouver un sens, point

(participante 1.2.3). Finalement, ni la santé ni la spiritualité ne contribuent à donner un sens pour cette personne, mais nous voyons dans l'ensemble de ses propos que la santé représente néanmoins une ligne de conduite importante. Une autre personne hésite :

Participante 2.1.1 : *Bien on ne peut pas, c'est imbriqué je ne peux pas [...]. C'est une valeur importante. Est-ce que ça donne un sens à ma vie? Je ne sais pas.*

Intervieweur : *Est-ce que le sens serait plus spirituel?*

Oui. *Spirituel, relationnel avec les autres, il me semble que je le mets plus dans cet ordre-là.*

Intervieweur : *Donc ce sont des aspects de la santé mais ce n'est pas la santé qui contribue à donner le sens?*

Tout à fait.

Ce que nous remarquons dans le discours de cette personne, c'est que tout est lié et qu'il est difficile de répondre clairement à cette question puisque tous ces éléments, la spiritualité, la santé et les relations sociales sont indissociables. Ce qui est vrai finalement pour tous les participants. D'ailleurs, nous nous attarderons à leurs représentations de la santé juste à la suite de cette partie, puisqu'il est clair que l'on parle ici d'une vision de la santé qui englobe plusieurs pans de l'existence des individus. Tout ce que nous voulions démontrer et analyser ici est le fait que les identités des individus interrogés, peu importe leur confession ou leur spiritualité, sont liées à une représentation typique de la santé associée à notre société. De plus, nous percevons que cette représentation de la santé guide les individus dans ce qu'ils croient être une attitude juste et ce qu'ils perçoivent être une attitude plus négative ou incompréhensible étant donné que *l'on sait*.

Donc, est-il nécessaire de spécifier que, pour les participants, ce qui est considéré comme positif est une personne qui travaille sur soi. D'ailleurs, pour ces vingt-six personnes, le travail sur soi est très important. *Être positif, de bonne humeur, se sentir bien dans sa peau, se prendre en main et faire des efforts* ainsi que *bien gérer sa vie* sont les éléments clefs d'une identité positive. Cette représentation est claire également lorsqu'ils nous parlent de leurs

mentors en terme de santé et de bien-être. Sur ce, sept personnes disent être impressionnées par les gens qui vieillissent bien et en santé, douze personnes nous parlent des individus atteints d'une maladie ou d'un handicap ayant réussi à se réaliser tout de même et ayant donc une plus grande force ou une plus grande santé que d'autres personnes considérées en santé et cinq personnes nous parlent des personnes sereines, bien dans leur peau et ayant une bonne attitude. Après quoi, certains participants parlent de leurs lectures, soient spirituelles, soient sur des thèmes liés à la santé et nomment des personnes ou des ouvrages comme Deepak Chopra⁴², le livre *Le Secret*⁴³, le docteur Béliveau⁴⁴, certains nutritionnistes et une personne mentionne clairement les gens qui ont réussi comme, par exemple, Guy Laliberté⁴⁵. En fait, ce qui ressort dans notre analyse des mentors, c'est la force mentale qui est mise au profit de l'action des individus dans leur existence, dans le but de se réaliser pleinement, peu importe les circonstances extérieures comme le fait d'être atteint d'une maladie ou d'un handicap.

D'ailleurs, les six personnes atteintes d'une maladie chronique ont le même discours et trois d'entre elles se considèrent parfaitement en santé. Nous pourrions y voir une analogie claire entre leur façon de percevoir leur état de santé et le cas de Yannick, étudié dans la première partie dans la thèse. Par exemple :

Intervieweur : *Votre état de santé est-il important dans l'image que vous voulez exposer au monde extérieur et dans la façon de vous définir personnellement et socialement?*

Participante 2.1.2 : *Oui, je ne voudrais pas que l'on me voit comme quelqu'un de malade ou de fragile qui peut faire un infarctus. Je ne voudrais pas (rires) me voir comme ça.*

Intervieweur : *Donc ce serait aussi une manière de vous définir socialement?*

⁴² Deepak Chopra est un médecin endocrinologue, d'origine indienne mais de nationalité américaine, qui a rédigé plusieurs ouvrages traitant notamment de spiritualité, de médecines complémentaires et alternatives et de santé, comme : *Le livre des coïncidences. Vivre à l'écoute des signes que le destin nous envoie* (2009) ; *La santé parfaite. Guide complet pour le corps et l'esprit* (1990).

⁴³ BYRNE, Rhonda. *Le secret*, Coll. « Motivation et épanouissement personnel », Québec (Saint-Hubert), Un monde différent, 2007, 240p.

⁴⁴ Richard Béliveau, docteur en biochimie, chercheur, enseignant et communicateur scientifique, dont les sujets touchent principalement à la lutte contre le cancer et à la prévention des maladies chroniques.

⁴⁵ Homme d'affaire québécois, milliardaire, fondateur du Cirque du soleil.

Oui, quelqu'un... Oui, x elle est en forme, elle est en santé. Elle est retraitée, mais elle est dynamique et énergique.

Intervieweur : *Donc ça fait partie de votre identité quelque part.*

Oui, c'est ça.

Intervieweur : *Quelles sont vos préoccupations premières vis-à-vis de votre santé et de votre bien-être global? Plus précisément, quelle importance accordez-vous aux aspects suivants : physique, psychologique, social et spirituel. Sont-ils tous d'égale importance pour votre bien-être global?*

Ah! C'est plus psychologique.

Intervieweur : *L'aspect psychologique, c'est le plus important pour vous?*

Oui. Bien le physique aussi évidemment mais, c'est ça, j'ai besoin de me sentir en santé. C'est savoir que je n'ai pas de problèmes de santé, même si j'en ai. Dans ma tête je n'en ai pas et il va falloir que ça continue. Je ne veux pas me retrouver en fauteuil roulant, je ne veux surtout pas ça et je vais faire ce qu'il faut pour que ça n'arrive pas, même si je n'ai pas entièrement le contrôle là-dessus.

Intervieweur : *Et êtes-vous plus inquiète depuis deux ans (depuis une angioplastie)?*

Non.

Intervieweur : *Donc vous avez dit que vous étiez sereine, ça n'a pas changé.*

Ça change pas.

Participante 2.1.1 : *Je suis médicalisée pour plusieurs choses.*

Intervieweur : *Pas en prévention?*

Non.

Intervieweur : *Mais vous n'êtes pas atteinte d'une maladie chronique ou dégénérative?*

Non. Je suis traitée pour la glande thyroïde depuis une bonne vingtaine d'années. Moi j'ai arrêté de fumer il y a treize ans, à cause de problèmes physiques. J'ai eu une angioplastie, une artère de bouchée qui était due à la cigarette donc j'ai fumé pendant vingt-cinq ans. J'ai arrêté il y a treize ans donc je suis médicamentée pour les troubles du cholestérol, pour éviter que les artères se rebouchent.

Ces précisions en ce qui concerne les personnes atteintes d'une maladie chronique viennent accentuer ce que nous venons de démontrer, comme quoi la santé est bel et bien un marqueur identitaire fort dans notre société. Selon notre analyse de la perception et des représentations de l'ensemble des participants, tout se tient dans cette vision des choses et nous verrons que la représentation de la santé globale, incluant plusieurs pans dans l'existence d'un individu (physique, psychologique, social, etc.), y est pour quelque chose. Précisons toutefois que nous n'observons, dans le discours des participants, aucune pression sociale liée à la santé, ou à peine, puisque dans leur discours c'est souvent eux-mêmes qui se mettent de la pression, si pression il y a. Ce qui fait en sorte que nous pouvons tout de même ressentir qu'il existe bel et bien une certaine pression sociale liée à la santé mais qui n'est pas explicite dans leur discours. Selon leur perception des choses, leur état de santé leur appartient, ils en sont pratiquement entièrement responsables, et ce, pour les vingt-six personnes interrogées, c'est indéniable. De plus, ce qui les influence davantage que les campagnes de prévention ou autres informations liées à la santé, voire des lectures spirituelles, c'est leur senti et leur état de bien-être et d'accord avec eux-mêmes. Donc, encore une fois, l'influence première dans leur discours part d'eux-mêmes.

Si nous analysons plus en profondeur le fait que la santé soit importante dans l'image que les individus ont d'eux-mêmes, dix-huit d'entre eux vont dire que c'est également important dans l'image qu'ils veulent projeter au monde extérieur, voire que cela fait partie de leur identité. Huit d'entre eux diront que c'est davantage pour leur image personnelle que dans le but d'exposer une image extérieure de santé, bien que trois d'entre eux estiment néanmoins que

cela va de pair. Donc, pour cinq participants, ce sera davantage leur senti qui sera important; s'ils se sentent bien, s'ils sont bien dans leur peau, ça va :

Participant 2.3.1 : *Je pense que je suis assez bien dans ma peau, donc ce que les personnes pensent, ça n'a pas autant d'importance.*

Cette affirmation revient également pour les autres participants en réponse à d'autres questions, ce qui nous fait remarquer que, bien que certains souhaitent davantage exposer cette image de santé au monde extérieur et que ce soit même parfois une manière de se définir personnellement, l'influence majeure dans le discours des participants, et selon leur vision des choses, vient de soi-même. Par exemple, à la question de savoir si les participants avaient des mentors en termes de santé, sept participants ont répondu aucun :

Participant 1.2.2 : *Non, non. C'est moi.*

Intervieweur : *C'est vous l'exemple?*

C'est ça.

Participant 1.3.9 : *Pas vraiment. Non, je ne suis pas vraiment une technique de quelqu'un en particulier [...]. J'essaye de prendre ce que je vois un peu et de faire ce que je veux avec ça, mais je ne travaille pas en fonction de ce que quelqu'un pourrait dire.*

Participant 1.3.7 : *Pas vraiment. Je dirais que je suis assez motivée à l'intérieur de moi pour ne pas avoir besoin de modèles externes et me dire que je veux être comme cette personne-là. Si j'étais toute seule sur la terre, je pense que j'aurais quand même le besoin d'être en santé.*

Intervieweur : *Qu'est-ce qui influence le plus vos actions par rapport à votre santé?*

Participant 1.2.4 : *J'analyse peut-être souvent les résultats des fois par rapport à ma santé puis si j'agis de telle façon, si je fais telle chose ou tel exercice, je regarde*

comment je me sens après. On sait ce qui nous fait du bien, chaque individu. Il n'y a pas un individu qui est pareil.

Intervieweur : *Vous arrive-t-il de ressentir une pression sociale par rapport à votre état de santé?*

Participant 1.1.3 : *Non, non. Ça c'est personnel à moi-même, moi je ne me suis jamais fié à la société. Ça n'a jamais été une balise pour moi, une référence pour moi pour me dire comment me comporter. [...]. Je me fie à moi-même, à mon propre senti, à ce que je sens qui est bien.*

Ce qui ressort finalement de ces entretiens, c'est toute la notion dont nous avons déjà discuté au préalable qui a trait au fait que l'individu contemporain doit se construire lui-même. Il devient donc son propre guide à ses yeux mais, comme nous sommes en train de l'analyser, la santé devient un guide important et confirme les participants dans leurs actions à cet égard. À la question de savoir s'ils ressentent une pression sociale par rapport à leur état de santé, seize participants répondent non, que ça ne vient pas de l'extérieur, ou encore, que ce sont eux qui se mettent de la pression. Pour les autres, toutefois, sept ont répondu que leur poids ou l'esthétique pouvait devenir une pression ou qu'ils ont déjà ressenti une pression à cet effet. Enfin, trois d'entre eux ressentent une pression psychologique due à leur travail et à la performance. En fait, quatre personnes mentionnent qu'elles sont conscientes des pressions sociales liées à l'état de santé ou à la société de performance mais qu'elles arrivent à en faire abstraction. Ceci n'exclut pas le fait, dans le discours même de ces personnes, que l'influence première par rapport à leur santé sera eux-mêmes et non la société; c'est simplement qu'eux affirment avoir ressenti ou ressentir parfois une pression ou être conscients qu'il y en a une, comparativement à certains pour qui il n'y en a aucune. Même ceux qui ont conscience de cette pression sociale par rapport à l'état de santé ne la contestent pas nécessairement, mais y mettent plutôt une limite. Par exemple :

Participante 1.1.5 : *Il y en a de la pression, on parle beaucoup de la santé. On en parle beaucoup et puis ce n'est pas une mauvaise pression je trouve. Ce n'est pas négatif, tant mieux. Une saine pression c'est bien, mais là on pointe du doigt des gens, mais pas les gens mais des vices, comme si les gens deviennent des mauvaises personnes*

parce qu'ils sont obèses ou qu'ils fument. Ça, c'est malsain je trouve. Ça, ça va peut-être trop loin je trouve. Mais c'est bien que l'on mette l'accent sur la santé.

Pour la majorité des participants, donc, c'est bien de mettre l'accent sur la santé et cela ne représente pas une pression qui est nocive. Comme nous l'avons vu, pour une majorité de participants, tout le monde sait ce qu'il faut faire pour être en santé donc, à partir de là, ce n'est qu'une question de volonté. Souvent, bien qu'ils ne disent pas que les personnes qui ne prennent pas soin de leur santé soient de mauvaises personnes, ils diront tout de même que ce sont des personnes qui n'ont pas la bonne attitude ou qui ne font pas ce qu'il faudrait. Toutefois, une autre participante apportera une nuance à cet effet :

Intervieweur : *Qu'est-ce que vous pensez des gens qui ne prennent pas soin d'eux et de leur santé, est-ce que cela influence votre jugement à leur égard?*

Participante 1.3.7 : *Je dirais de moins en moins. Autrefois je n'avais pas beaucoup de tolérance à cet égard là. Si je voyais une personne très obèse, ça influençait mon jugement, donc quelqu'un qui fumait, oui, ça influençait beaucoup mon jugement. Mais de moins en moins, parce que ma spiritualité est entrée dans ma vie ça fait pas très longtemps et ça l'a beaucoup changé ma vision des choses, et que ce n'est pas nécessairement de leur faute. [...]. C'est sûr qu'il s'est passé plein de choses dans leur vie qui fait qu'ils en sont arrivés là, ils n'ont pas fait exprès et ce n'est pas nécessairement de la négligence [...], ils ne savent peut-être pas comment faire.*

Une autre participante sera plus contestataire, mais par rapport à une partie seulement de ce qui constitue la représentation de la santé globale :

Intervieweur : *Est-ce que la santé est une valeur importante dans votre vie?*

Participante 1.4.1 : *Ce n'est pas une religion. Je trouve que c'est devenue une religion dans notre société. Je trouve ça lamentable et je trouve que moi ce n'est pas une religion. Non. Moi, c'est d'abord ma philosophie de vie qui est importante et si je suis en santé tant mieux.*

Intervieweur : *Donc la santé ne fait pas partie d'une ligne de conduite pour vous?*

Si, un minimum. C'est important si tu veux parce qu'à côté de ça je ne vais quand même pas me mettre à manger n'importe quoi. Je trouve que c'est un tout la santé. Il faut être bien dans sa tête, il faut être bien dans ses émotions, il faut savoir les gérer.

Toutefois, nous remarquons que la même personne répondra à la question de savoir qu'elles sont les valeurs les plus importantes dans sa vie, de la façon suivante :

À part la santé, la spiritualité, la philosophie de vie est importante parce que je pense que tout est lié donc on revient toujours à la même chose, du moment où tu te nourris, où tu essayes d'être en croissance personnelle, où tu essayes d'être bien avec toi-même et en harmonie avec ce que tu fais, je pense que ton corps est en santé, heureux, ton corps est en santé.

En fait, pour cette personne, la santé contribue tout de même à donner un sens à son existence et ce qui est contesté, lorsqu'elle parle de la religion santé, est plutôt l'aspect habitudes de vie et le côté santé physique. Mais comme nous le verrons, personne ne limite la santé à cet aspect. C'est pourquoi, nous ne pouvons pas dire que cette personne a un vécu et une vision si différente de la santé que la personne qui a affirmé plus haut que la santé *devrait être une religion*. Ces deux personnes ne sont nullement contradictoires dans leur vécu de la santé et de la spiritualité, en ce qui concerne notamment le fait que ces deux éléments soient complètement imbriqués l'un dans l'autre dans leur existence. La différence entre ces deux personnes réside dans le fait qu'une affirme ressentir ou être consciente d'une pression sociale liée à la santé, tandis que l'autre dit n'en voir et n'en ressentir aucune. Par exemple, celle qui dit ressentir parfois une pression, à cet effet, mentionnera que les campagnes de préventions influencent ses actions *d'une façon insidieuse sans que je le veuille* (participante 1.4.1). Pourquoi sans qu'elle le veuille? Sans doute parce qu'à l'instar des autres participants, cette personne veut demeurer maîtresse d'elle-même. C'est pourquoi, chez la majorité de nos informateurs, la pression sociale à cet effet est inexistante dans leur propos. Cette aspiration à être son propre guide et libre de tout dogme, pas seulement religieux ou spirituel mais également sanitaire, puisque tout est lié, est clair dans leurs propos et dans leur perception de ce qui les influence.

Ceci revient donc clairement lorsque nous posons la question à savoir ce qui influence d'abord leurs actions en lien avec leur santé. À cet effet, neuf personnes disent se fier à elles-

mêmes et à ce qu'elles ressentent, quatre diront qu'elles se fient à leur état de bien-être et six à leurs besoins et à ce qu'elles aiment. À la pièce, certaines diront se fier à leur philosophie de vie, leur spiritualité ou encore à certaines lectures sur la santé ou la spiritualité. Parfois, cette question rejoint celle des mentors puisque certaines personnes ayant mentionné n'avoir aucun mentor, par exemple, soulignent ici l'importance de l'influence de leur acupuncteur ou de leur médecin, ou encore, de leur entourage. L'influence sociale se fait sentir en parallèle dans leur propos, bien que huit personnes disent ne pas se comparer aux autres par rapport à leur état de santé et que c'est par rapport à elles-mêmes que cela se passe, neuf personnes disent essayer de ne pas se comparer mais admettent se comparer quelques fois et neuf personnes disent qu'elles se comparent carrément. Cette représentation d'une identité positive, relatée par tous les participants, influence donc les actions de ceux-ci et se voit elle-même influencée par certaines normes sociales dominantes liées à la santé globale et à l'idée de responsabilisation personnelle par rapport à soi et à sa santé. Notre recherche démontre clairement que ces normes sont très bien intériorisées par tous les participants, ce qui indique qu'il y a une représentation culturelle forte à cet effet puisque, loin d'être remises en doute, ces normes vont de soi pour nos informateurs. Alors, lorsque les participants disent qu'il n'y a aucune influence extérieure qui guide leur cheminement, ils adhèrent, selon nous, à ces normes sociales particulières, en démontrant leur responsabilisation par rapport à eux-mêmes. Donc, en réponse aux affirmations actuelles provenant de différents milieux, intellectuels ou autres, et selon lesquelles l'individu contemporain est sans guides, nous croyons avoir démontré également, ici, qu'il existe de nouveaux guides, correspondant clairement aux normes sociales dominantes liées à la santé globale et à une représentation forte de responsabilisation personnelle par rapport à soi et à sa santé.

Nous approfondirons les représentations de la santé et de la maladie des participants dans le prochain chapitre mais, en terminant, soulignons qu'à la question de savoir qu'est-ce que cela signifie être normal pour vous? Question banale mais qui nous indique tout de même une tendance lourde liée à ce qui va de soi dans notre société : être normal ne veut rien dire ou devient totalement relatif. Cela revient à être en accord avec soi et à ses propres normes. En ce sens, quatre personnes vont aller jusqu'à dire qu'elles sont contre cette notion et qu'elles ne souhaitent pas être normales ou, alors, que cela devient discriminatoire. Pour certains participants, qui se risquent à le définir, l'état de normalité est lié au fait de se réaliser, d'être équilibré, d'être fonctionnel et d'avoir de bonnes habitudes de vie. Mais, quoi qu'il en soit, cela demeure encore une fois lié à une perception personnelle et non conventionnelle ou

institutionnalisée; ce qui se retrouve dans la définition d'une identité positive, selon les participants, est perçu comme normal. Donc, les règles sociales liées à l'état de santé globale et à l'identité positive qui s'y rattache définissent tout de même la norme pour plusieurs participants. Sur ce, trois personnes diront qu'elles se perçoivent plutôt en dehors de la norme, justement parce qu'elles prennent particulièrement soin d'elles-mêmes et de leur santé et que, selon elles, ce n'est pas la norme (sous-entendue comme une déception ou encore que cela devrait pourtant l'être).

Nous comprenons mieux, également, qu'être normal ne veuille pas dire grand-chose, selon la perception de cette notion par les participants, dans un contexte de responsabilisation par rapport à soi et par rapport notamment aux choix de ses valeurs, de ses actions, de sa spiritualité ou de sa philosophie de vie et donc par rapport à la construction de soi-même et de son identité. La valorisation de soi ne passe pas par le fait d'être dans la norme, bien au contraire. Cela pourrait signifier que nous ne sommes pas vraiment authentiques et à notre écoute puisque, comme nous l'avons déjà mentionné, l'authenticité est d'une importance capitale pour tous les participants sans exception. Il faut suivre sa voie, être attentif à soi, on n'y échappe pas. C'est bien ce qui ressort chez les participants comme une règle sociale dominante sous couvert d'une perception de liberté totale. D'ailleurs, lorsque nous posons la question à savoir si les participants se préoccupent de leur santé par devoir ou par plaisir, nous observons clairement que rien n'est tranché clairement mais qu'il y a plusieurs zones grises. Ce qui démontre également toute la complexité actuelle de la définition de la santé et de son impact sur les actions et la perception des individus par rapport à leur existence et leur état de santé. Par exemple, personne n'affirme prendre soin de sa santé exclusivement par devoir et les réponses des participants oscillent entre : *je prends soin de ma santé par devoir et par plaisir* donc les deux (onze personnes) et *c'est un plaisir de prendre soin de ma santé* (quinze personnes). Mais certains d'entre eux diront aussi que c'est parce qu'il est important de faire ce que l'on aime pour être bien et se faire plaisir, et que c'est même un élément important de la santé (dix personnes). D'autres vont aller jusqu'à affirmer que trop d'obligations, ce n'est pas bon pour la santé (quinze personnes). Enfin, cinq personnes diront qu'*il faut* prendre soin de soi et de sa santé, et ce, à tous les niveaux mais que c'est un plaisir ou, du moins, que ça doit l'être ou que ça devrait l'être.

Finalement, la notion de devoir de même que la complexification de la définition de la santé, où l'on doit être bien et équilibré à différents niveaux, sont bien présentes dans ces réponses

puisque, même lorsque l'on parle de plaisir, il y a la notion sous-jacente, chez certains participants, que si je me stresse trop cela est nuisible pour ma santé, alors je dois également faire attention à cela. Nous voyons donc qu'il y a bien certaines exigences sociales liées à la santé et à prendre soin de soi et que cela va jusqu'à représenter une identité positive, une ligne de conduite à suivre pour ne pas être en marge. Nous verrons, dans les prochains chapitres, que cette ligne de conduite se clarifie et que la complexification de la définition de la santé y est pour quelque chose.

Dans ce chapitre, nous voulions démontrer que l'identité de l'individu contemporain et ce qui guide ses actions en vue de son bien-être sont clairement liés aux normes sociales de santé et de prise en charge de soi. Nous verrons comment cela se traduit dans une nouvelle forme de spiritualité liée à la santé ou, du moins, comment la spiritualité et la santé ne pourront être lues séparément dans l'analyse du vécu des participants. Mais avant d'arriver à ce point, nous spécifierons les définitions et représentations de la santé et de la maladie des participants pour y voir que les femmes et les hommes contemporains considérés comme sains sont particulièrement des individus qui se réalisent, point. Mais pour se réaliser, il faut déployer beaucoup de ressources et, surtout, être en santé globale; ce qui devient pratiquement un gage de réussite. Les convictions des participants sont bien liées à différents éléments touchant à la santé et au bien-être, ce qui expliquera, comme nous l'avons observé, que la santé est un puissant guide pour les participants, voire une ligne de conduite.

CHAPITRE VI

Santé et maladie : une frontière en changement

Nous avons déjà discuté du fait que la définition de la santé, selon l'Organisation mondiale de la santé, s'est complexifiée au fil du temps et est devenue beaucoup plus holistique: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁴⁶ Cette définition entraîne plusieurs actions politiques et choix économiques de la part des sociétés dans le but d'améliorer la santé des populations. Nous ne nous sommes pas attardés ni à l'économie ni aux politiques de santé comme telles dans le cadre de cette thèse mais bien à l'analyse des différentes influences de cette définition sur le vécu des individus contemporains. En somme, nous nous sommes intéressés à la manière dont cette définition est intégrée par les individus contemporains dans leur quotidien.

Bien que les participants ne mentionnent jamais la définition de l'OMS dans leurs réponses, nous savons que, de par son influence sur les choix de société (politiques, économiques, médicales, etc.) liés à la santé, elle influence évidemment le vécu et les représentations de la santé et de la maladie des individus contemporains. Mais comment? Nous verrons dans cette partie que les Occidentaux contemporains, puisqu'ils sont toujours « co-créeurs » de la culture à laquelle ils appartiennent et que cette culture est en constante mouvance, s'approprient cette définition à leur manière, selon leurs différents besoins. Cela a pour conséquences, à notre avis et à la lumière de notre analyse de terrain, de créer une nouvelle définition de la santé et de la maladie parallèle à cette définition de l'OMS, ce qui est probablement vrai pour toutes les sociétés dans le monde. Nous aurions peut-être tendance à croire que pour les Occidentaux en général cela est différent, qu'ils ont moins tendance à adapter cette définition de l'OMS que d'autres sociétés pour qui les représentations de la santé et de la maladie seraient plus en décalage avec celle-ci, mais il n'en est rien selon notre analyse. De plus, nous pourrions certainement observer des différences notables entre les différentes sociétés occidentales à cet effet (Payer 1988). En fait, nous observons ici les mouvances de ces représentations de la santé et de la maladie chez nos participants. Mais

⁴⁶ Tiré du site Internet de l'Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html> (consulté le 1 février, 2014).

avant d'approfondir cette question des représentations de la santé et de la maladie, il convient de spécifier un élément en lien avec la spiritualité.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons posé deux questions liées à la définition de la santé, une question simple de départ : qu'est-ce que cela signifie être en santé pour vous? Et, pour entamer la deuxième partie de notre guide d'entrevue, une question plus complexe suivant sciemment la définition de l'OMS en y ajoutant un élément, la spiritualité : quelles sont vos préoccupations premières vis-à-vis votre santé et votre bien-être global? Plus précisément, quelle importance accordez-vous aux aspects suivants : physique, psychologique, social et spirituel. Sont-ils tous d'égale importance pour votre bien-être global? Cette deuxième question visait à mieux saisir comment les individus intégraient les éléments de la définition de l'OMS à leurs préoccupations liées à leur santé et à leur bien-être. Donc, est-ce que ces éléments étaient vraiment intégrés à leurs préoccupations et à leur vécu par rapport à leur santé et à leur bien-être? De plus, nous y avons ajouté l'aspect spirituel afin d'analyser le lien entre la santé et la spiritualité d'un groupe d'Occidentaux contemporains. Pour plusieurs sociétés dans le monde la spiritualité et la religion ne peuvent être pensées séparément de leurs représentations de la santé et de la maladie⁴⁷ et ce qui est souvent en décalage avec la définition de l'OMS est cet aspect spirituel ou religieux. Qu'en est-il donc pour les Occidentaux? Autrement dit, dans les sociétés comme la nôtre, où la responsabilisation par rapport à soi et de surcroît par rapport à sa santé est prégnante, comment faire en sorte que la spiritualité ne devienne pas un poids individuel supplémentaire, en devenant une nouvelle source de perfectionnement à conquérir? Pierre Aïack, auteur de plusieurs publications en sociologie de la santé, parle évidemment du phénomène de médicalisation analysé dans notre premier chapitre, et de celui de la « santéisation » de la société qui correspond au phénomène que nous avons particulièrement analysé en troisième chapitre. Sur ce, il dira clairement en ce qui concerne la santéisation de la vie :

Cette forme est essentiellement due à l'élargissement de la notion de santé avec tous ces abus, les dérives et les dangers que cela entraîne. [...]. On peut mesurer les effets désastreux que pourrait avoir sur les populations la réalisation du rêve de Wendell

⁴⁷ FONTANILLE, Bernard. *Médecines d'ailleurs*, Montréal, ICI Radio-Canada, 30 août 2014, Série documentaire ; FARMER, Paul. *AIDS and Accusation*, Berkeley, University of California Press, [1992], 2006, 372p.

Phillips (président de l'American Medical Association), père spirituel de la définition de l'OMS de 1946 ; en lisant ces lignes que Skrabanek⁴⁸ cite dans son livre :

Trop de mes concitoyens traversent la vie en s'accommodant d'une santé *tout juste* bonne. Tandis qu'ils accomplissent leurs tâches quotidiennes, ces hommes *tout juste* en forme ne connaîtront pas l'exultation et le bonheur de la *parfaite santé*. Le rôle du médecin de demain est un droit absolu pour tous. Plus de bonne santé débordante, c'est plus de bonheur, de confort, d'utilité et de valeur économique pour l'individu. Nous ne connaissons pas de superman sans *supersanté*.

Cette idée de santé/bien-être/bonheur de Phillips, ce que l'on retrouve dans la définition de l'OMS de 1946, n'anticipe-t-elle pas sur la situation d'aujourd'hui où, effectivement, elle semble avoir pénétré les esprits et s'être traduite par la mise en place d'un immense marché de biens et services en expansion continue ? (2009 : 97).

Aïack parle d'un poids populationnel, ici, et de certaines conséquences économiques possibles. Nous avons bien souligné que nous ne traitons pas de l'aspect économique dans cette recherche, mais bien du vécu individuel et collectif de la santé et de la spiritualité. Nous ne parlons pas d'un poids économique, bien que cette question soit centrale et particulièrement pertinente mais nous nous questionnons sur le poids individuel possible que cette représentation d'une santé parfaite peut entraîner. Et comme nous le verrons précisément dans les prochains chapitres, la spiritualité devient un outil pour se réaliser pleinement ou être davantage en santé. À l'ère où la santé devient un guide puissant dans les actions que posent les individus dans leur existence, y ajouter l'élément spirituel comporte-t-il un risque ou un apaisement? Bien que la spiritualité ne fasse pas partie clairement de cette définition, pour les participants il est clair que cet élément n'est pas absent dans leurs représentations de la santé et de la maladie. D'ailleurs, Skrabanek mentionne : In the past medicine and magico-religious rituals were focused into one explanatory system that accounted for health, disease, strength, fecundity, and invulnerability, all of them being supernaturally conferred. In modern society, medicine has largely separated from religion, but health has retained its religious, or rather, pseudo-religious, metaphysical, mystical symbolism. (1994: 39).

⁴⁸ SKRABANEK, Pietr. *La fin de la médecine a visage humain*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1995 ; titre original : *The Death of Human Medicine and the Rise of Coercive Healthism* (voir notre bibliographie).

Alors, bien que nous ayons tendance à faire une séparation vive entre l'Occident et certains pays de l'Orient comme l'Inde, entre autres, ou encore avec certaines cultures amérindiennes d'Amérique en ce qui concerne particulièrement le lien entre la santé et la spiritualité, est-ce une séparation si prégnante et juste? La spiritualité ou la religion est peut-être simplement incluse différemment que pour d'autres sociétés contemporaines dans la représentation de la santé et de la maladie mais, comme nous l'avons observé dans le cadre de notre thèse, elle est loin d'être absente du vécu lié à la santé. Cet agencement prend la couleur de la culture dans laquelle il s'inscrit, à notre avis, et dans une même culture il y a encore plusieurs nuances à cet effet.⁴⁹ C'est pourquoi nous ne pensons pas que la séparation claire entre l'Occident et l'Orient ou d'autres sociétés particulières soit si vive à cet effet, dans le sens que les uns seraient vraiment plus spirituels et les autres moins. Dans les faits, il apparaît plutôt que ce ne soit que plusieurs manières de vivre la spiritualité et de l'inclure dans les représentations de la santé et de la maladie. Alors, où en sont les représentations de la santé et de la maladie actuellement chez nos participants, petits groupes d'Occidentaux contemporains? Puisque nous avons déjà mentionné avoir clairement observé le lien entre la santé et la spiritualité de nos participants, comment ce vécu singulier se lie au contexte culturel de ceux-ci, en ce qui concerne particulièrement les règles de sociabilités dont nous avons déjà discuté?

1. Les représentations de la santé

À la question toute simple de savoir qu'est-ce que cela signifie pour vous être en santé?, quinze personnes répondent que cela est d'être fonctionnel et capable de faire tout ce que l'on veut sans être limité, ou encore, d'être autonome. Dix personnes affirment dès le départ de l'entretien que cela englobe tout et que cela représente beaucoup plus que le fait de ne pas avoir de maladie. Douze personnes mentionnent que cela a à voir avec le fait de se sentir bien et que cela est plutôt lié à une façon d'être et de percevoir son état. À ce propos, une personne mentionnera clairement que c'est un état d'esprit. Onze personnes diront que cela représente une façon d'être qui est positive, *d'avoir le sourire, de dégager une bonne énergie et d'avoir des pensées saines*. Finalement, huit personnes diront qu'être en santé c'est *avoir de bonnes habitudes de vie*.

⁴⁹ Le livre : *Convocations thérapeutiques du sacré* dirigé par Raymond Massé et Jean Benoist, explore notamment divers lieux d'interface entre le religieux et la maladie (éditions Kartala, Paris, 2002).

Très souvent, donc, les participants nous ont d'emblée parlé de la santé psychologique ou mentale dans leur définition de base de la santé, et très peu d'entre eux relient la santé à une représentation plus physique (trois personnes). De plus, nous avons observé au cours de l'entretien que leurs préoccupations et leurs représentations de la santé et de la maladie prennent beaucoup d'espace dans leur existence et que leur définition de la santé et ce qu'elle implique dans leur vécu est, au final, plus complexe que cette définition de base qu'ils ont donnée au début de l'entretien. Même les trois personnes pour qui la définition de la santé se résume davantage au physique ont élargi cette définition au cours de l'entretien. Ce qui ressort clairement ici, c'est que cette définition de la santé suit la définition de ce qui est considéré comme une identité ou une attitude positive par les participants. De plus, être en santé signifie souvent avoir de bonnes habitudes de vie, et cela pas seulement pour les huit personnes mentionnées plus haut, puisque cela revient chez d'autres participants lorsque nous parlons des individus qui ne prennent pas soin d'eux. Bref, ce que nous voulons souligner c'est qu'être en santé actuellement, pour nos participants, signifie avoir la bonne attitude, l'attitude juste. La définition de la santé est donc complexe, puisqu'il ne s'agit pas d'avoir une bonne santé physique et mentale, et de n'être atteint d'aucune maladie. Il s'agit d'avoir la bonne attitude vis-à-vis de sa santé, ce qui détermine parfois même davantage que l'état de santé physique et mentale le fait qu'une personne soit « saine » ou non, selon les représentations de la santé de nos informateurs. Par exemple :

Participant 1.3.9 : *Ma « coloc » est maigre et moi j'ai un surplus de poids, et elle ne mange pas santé du tout, je pense que je ne l'ai jamais vu manger un légume de ma vie. Bien oui, elle a beau être mince mais je le sais qu'elle n'est pas en santé. Demande-toi pas pourquoi tu as toujours un rhume ou une grippe et que tu ne files pas, tu n'es pas en santé.*

Participant 1.1.4 : *C'est être la cause de ce que l'on vit au quotidien, c'est de se prendre en main. C'est de ne pas se laisser embarquer par tout ce qui peut nous influencer dans la vie. [...] Être la cause de notre bien-être physique et spirituel. C'est ça la santé finalement.*

Participant 1.3.2 : *Je pense que c'est un équilibre et un mode de vie, autant par rapport à ce que l'on mange, à ce que l'on fait de notre vie aussi là, de bouger, il y a*

un peu de tout et aussi de gérer notre stress. Je pense aussi que ça, c'est quand même assez important.

Participant 2.3.1 : Bien, santé ce n'est pas juste bien manger, c'est une combinaison d'affaires. De bien manger, bien traiter son corps, faire des activités physiques, te garder en forme mais ce n'est pas la même chose pour tout le monde non plus et aussi il y a un côté santé mentale parce qu'on doit être bien dans notre peau.

Dès le départ, on remarque chez l'ensemble des participants, que la santé représente un mode de vie et une façon d'être, ce qui va bien au-delà d'un état physique et mental exempt de maladie. Ce qui comporte également plus d'exigences et de préoccupations pour les participants (ce que nous verrons), mais qui n'est pas perçu comme négatif, mais plutôt comme positif, puisque cela leur permet d'avoir un contrôle sur leur existence et de se sentir bien dans leur peau. Mais comme nous l'avions mentionné dans notre hypothèse, le fait que la définition de la santé inclue de plus en plus d'éléments dans la vie des individus et donc qu'elle se complexifie, la frontière entre les individus sains et malades, dans notre société, tend à disparaître ou plutôt à être définie d'une toute autre manière et c'est bien ce que l'on observe dans le cadre de notre recherche de terrain. Ce qui fait, également, que certains individus sains ne se perçoivent pas en santé comparativement à des individus atteints d'une maladie chronique, par exemple. Il est impératif de mieux comprendre cette mouvance dans les représentations de la santé et de la maladie pour mieux agir dans le domaine de la santé, mais également pour mieux saisir comment les actions posées dans le domaine de la santé peuvent influencer positivement ou négativement les personnes saines ou malades dans notre société. Il faut saisir ce vécu lié à la santé pour ne pas que certaines actions dans ce domaine ne deviennent nuisibles alors qu'elles se voulaient aidantes; nous y reviendrons particulièrement dans le dernier chapitre de cette thèse où nous aborderons un exemple possible d'approfondissement des connaissances associées au lien entre les vécus sanitaire et spirituel des individus contemporains.

En fait, lorsque les individus parlent d'un état, d'une façon d'être, d'énergie et d'attitude positive, nous croyons que c'est exactement là qu'intervient la spiritualité ou la philosophie de vie et que cela dépasse l'aspect psychologique de la santé, souvent invoqué par les participants. La spiritualité est bien un autre aspect dans la définition globale de la santé des participants. Par exemple, en réponse à la question : Quelles sont vos préoccupations

premières vis-à-vis de votre santé et de votre bien-être global? Plus précisément, quelle importance accordez-vous aux aspects suivants : physique, psychologique, social et spirituel. Sont-ils tous d'importances égales pour votre bien-être global? Dix-neuf personnes mentionnent que tous ces aspects ont la même importance ou presque, trois d'entre elles vont dire que le social est important mais qu'il arrive en dernier et quatre autres vont dire que le social n'entre pas en ligne de compte ou presque. Enfin, une personne mentionne qu'il ne faut pas s'oublier pour le social, ce qui revient également chez d'autres personnes en réponse à d'autres questions.

En somme, plusieurs participants sont ambigus par rapport à l'aspect social, on doit garder un équilibre, être en accord avec soi et ne pas se laisser influencer. Mais d'un autre côté, parmi les valeurs les plus importantes pour les participants, il est indéniable que les relations sociales priment. Il est tout aussi important d'être bien entouré et d'apprendre à bien communiquer que de se débarrasser des relations négatives ou des individus négatifs qui nous drainent de l'énergie. Donc, plusieurs de leurs préoccupations par rapport à leur santé sont liées aux différents aspects sociaux de la santé dans le sens de ne pas s'oublier (quatre personnes), de ne pas se laisser influencer par l'extérieur et de poser ses limites au travail (sept personnes), de se débarrasser des relations négatives, et donc de bien s'entourer et de choisir son entourage (quatre personnes). En fait, les participants se préoccupent de l'aspect social plutôt dans le sens d'y faire attention que d'en le sens d'avoir besoin de cet aspect pour être en santé. Lorsqu'ils parlent de leur santé, c'est donc de la qualité de ces relations dont il est question. Cela devient donc une préoccupation pour la majorité d'entre eux et explique également, selon nous, pourquoi plusieurs participants classent cet aspect au dernier rang de ce qui est important ou préoccupant pour leur santé. Quoi qu'il en soit, l'aspect social préoccupe tout de même tous les individus interrogés à différents niveaux et fait partie des valeurs les plus importantes à leurs yeux.

Notamment, dix-sept personnes nous disent que la famille et les liens sociaux sains comportant une bonne communication font partie de leurs valeurs les plus importantes. Douze personnes diront qu'il est important d'être honnête et authentique et de respecter les autres ainsi que soi-même et trois personnes nous diront qu'aider les autres est une valeur très importante pour eux. Le côté communautaire de cet engagement personnel lié à la santé demeure donc toujours en arrière-plan pour la majorité des participants. Nous y reviendrons mais il était important de souligner ces données de terrain ici puisque la majorité des

participants classent l'aspect social au dernier rang de leurs préoccupations liées à la santé. Nous nous devons de souligner que cette donnée ne signifie toutefois pas que cet aspect est inexistant. Il est tout simplement classé dans une autre catégorie pour les participants. Ce qui vient, encore une fois, relativiser l'idée d'un narcissisme absolu lié à la prise en charge de soi et au souci de soi contemporain.

Enfin, si nous revenons à la question des préoccupations liées à la santé, pour sept autres participants, leurs préoccupations semblent se définir autrement : deux personnes diront que tout est lié mais qu'elles accordent plus d'importance au physique et au psychologique et que le social et le spirituel vont de soi et ne font pas partie de leurs préoccupations de santé, que cela n'entre pas en ligne de compte. Trois personnes diront que le spirituel arrive en dernier et l'une d'entre elles dira même que cela n'entre pas vraiment en ligne de compte puisqu'elle croit davantage en elle-même et, enfin, deux personnes ont des préoccupations d'ordre physique seulement, puisque si le physique va, tout va, le reste suit. En règle générale donc, la santé est tout de même perçue comme étant clairement globale. D'autant qu'une des personnes ayant répondu qu'elle avait surtout des préoccupations d'ordre physique affirmera plus loin dans l'entretien que le psychologique et l'état mental est tout de même également très important. Nous remarquerons toutefois que pour ces deux personnes ayant des préoccupations davantage d'ordre physique, la définition de la santé est moins complexe et cela entraîne effectivement moins de préoccupations, mis à part celles liées au physique. Le cheminement personnel pour ces deux personnes est également de moindre importance (soulignons que ce sont les deux seules personnes pour qui le cheminement personnel n'est pas important), donc, sur tous les plans, la santé semble moins exigeante pour eux, ils y pensent moins⁵⁰. Cela nous donne un indice comme quoi plus la complexification de la définition de la santé est grande, plus on y inclut d'éléments, plus on s'en préoccupe.

En continuité avec l'analyse de l'influence de cette représentation commune de la santé liée davantage à un mode de vie, incluant plusieurs aspects dans l'existence d'un individu, nous dirigerons notre attention sur les perceptions des participants en ce qui a trait à leur état de santé. À cet effet, nous remarquons clairement que cette représentation commune de la santé amène une perception de leur état de santé qui est pour la majorité d'entre eux *assez bonne* (dix-neuf participants). Ces participants, parmi lesquels trois personnes sont atteintes d'une maladie chronique, affirment être en assez bonne santé donc pas à tous les niveaux, pas

⁵⁰ Il s'agit plus précisément des participants 1.2.2 et 2.2.1.

comme ils le voudraient, ou affirment que certaines choses sont à améliorer ou qu'ils ne se perçoivent pas toujours en santé. Enfin, cette majorité de participants n'a pas une perception optimale de son état de santé. Les sept autres participants s'estiment en bonne santé et parmi eux trois personnes sont atteintes d'une maladie chronique. Une de ces personnes dira d'ailleurs : *Oui, mais je ne le suis pas*, en ce sens qu'elle se perçoit en santé même si elle est atteinte de troubles cardiovasculaires. Nous pouvons voir que la complexification de la définition de la santé fait en sorte qu'il est difficile de se percevoir en bonne santé à tous les niveaux. Douze personnes affirment tout de même être sereines par rapport à leur état de santé, tandis que les autres soulignent avoir quelques préoccupations. Mais tous les participants ont certaines préoccupations liées à leur santé, c'est simplement que certains sont plus sereins et d'autres un peu plus inquiets. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas perçu, dans le discours des participants, des angoisses et des inquiétudes très lourdes par rapport à leur état de santé, et ce, même chez les personnes atteintes d'une maladie chronique. Bien que pour elles, la maladie apporte parfois certaines inquiétudes liées à l'avenir, mais cela se retrouve également chez les personnes saines. En effet, étant donné que les individus vivent de plus en plus âgés, une préoccupation très importante, tant chez les jeunes que chez les personnes plus âgées, est de vieillir en santé ou de ne plus être fonctionnel (dix-sept participants). Ce qui entraîne évidemment, de la part des participants, toute une prise en charge personnelle par rapport à son état de santé.

Une bonne façon d'analyser l'impact de la complexification de la définition de la santé ainsi que l'impact des médias et des informations à ce sujet, est justement d'observer la nature des préoccupations individuelles par rapport à la santé. Nous remarquons que bien que la majorité des participants affirment ne pas être vraiment influencés par les campagnes de prévention et ne se fier d'abord qu'à eux-mêmes, leurs préoccupations dénotent une forte intériorisation d'une représentation de la santé qui est globale, touchant à plusieurs pans de l'existence d'un individu, et une forte persuasion de leur responsabilité personnelle par rapport à cet état. Quelles sont donc ces préoccupations? D'abord, quatorze personnes souhaitent améliorer leur état de santé et, sur ce, sept jeunes âgés dans la vingtaine et douze autres souhaitent maintenir un état de santé satisfaisant, ce qui implique de continuer certaines actions qu'elles ont entreprises en ce sens. La performance n'est le but d'aucun participant bien que plusieurs disent qu'ils souhaitent atteindre un niveau optimal ou meilleur. La performance est en général jugée de façon plutôt négative pour la santé puisque, justement, le stress et le fait de ne pas être équilibré ou à l'écoute de soi-même sont des éléments jugés comme étant négatifs

pour la santé et le bien-être. L'obsession de la santé parfaite représente le maintien d'un équilibre entre tous les éléments et est donc moins liée à la performance qu'à l'obsession du bien-être parfait à tous les niveaux.

Sur ce, dix personnes affirment que leur santé fait partie de leur existence au point d'y penser de façon constante. Pour les autres, cela oscille entre deux heures par jour et trente minutes par jours, soit qu'ils font certaines activités, qu'ils cuisinent ou autres. En bref, tous les participants y pensent à tous les jours, et cela est souvent intégré à leur quotidien donc à leur mode de vie. Nous en avons déjà un peu discuté, mais soulignons ici que dix-sept participants mentionnent que toutes les activités qu'ils font sont intégrées à leur quotidien. Pour les autres, la majorité souhaiterait que ce soit davantage intégré. En fait, ce que nous observons ici, c'est la place que revêt la santé dans l'existence des individus. Pour nous, à la lumière de cette étude de terrain, il est indéniable qu'elle est d'une importance capitale. La santé devient un mode de vie en soi et elle appartient à ce qui contribue à donner du sens pour les individus. Elle agit ainsi comme guide de ce qui est considéré comme étant une bonne attitude ou une bonne conduite. Ce que nous observons également, ce sont les nouvelles représentations de la santé au sein d'une société occidentale actuelle, entraînant une autre définition, d'autres perceptions et un autre vécu à cet effet. Nous remarquons même que le concept d'obsession de la santé parfaite, tel que vécu et représenté par les participants, ne correspond pas entièrement au concept théorique que nous avons analysé au départ.

Enfin, toujours en continuation de cette analyse, nous observons que la nature des préoccupations se partage clairement selon les quatre pans que nous avons déjà cités, à savoir, le physique, le psychologique, le social et le spirituel. À cet effet, comme nous l'avons déjà expliqué dans le chapitre ayant trait à la méthodologie, nous avons recruté nos participants dans différents groupes d'individus se préoccupant de leur santé avec pour but de ne pas cibler un type de préoccupation liée à la santé qui aurait pu orienter l'enquête de terrain vers un seul aspect de la santé. Or, ce qui est clairement observé, c'est que peu importe le groupe auquel ils appartiennent, les participants ont plusieurs préoccupations se classant selon ces quatre aspects (physique, psychologique, social et spirituel) qui constituent les conditions d'une santé globale.

Nous ne disons pas que tous ont des préoccupations dans ces quatre champs. Comme nous l'avons mentionné, pour quelques-uns d'entre eux certains aspects sont d'un second ordre.

Mais tous cumulent différentes préoccupations incluant au moins deux aspects sinon trois qui sont majoritairement, le physique, le psychologique et le spirituel. Par exemple, ceci se vérifie dans l'énoncé de ce qui les préoccupe par rapport à leur état de santé et dans l'énumération des activités qu'ils entreprennent pour maintenir ou améliorer leur état de santé. D'abord, en ce qui concerne l'aspect physique, tous les participants ont des préoccupations liées à l'alimentation et à l'activité physique à différents niveaux, et ces deux éléments des habitudes de vie sont très bien intégrés. Ce ne sont pas tous les participants qui font des activités au « gym » ou organisées, mais ils diront prendre régulièrement des marches ou faire du jardinage et entretenir leur propriété (quinze personnes). En somme, tous les participants en sont conscients et font des activités en ce sens. Évidemment, certains en cumulent plusieurs. Huit personnes iront jusqu'à dire que bien s'alimenter est pour elles un rituel lié à leur santé et cinq auront des rituels liés à leurs activités physiques. Soulignons également que quinze personnes disent prendre des vitamines ou faire certaines cures au courant de l'année, et que la majorité tente d'aller voir leur médecin une fois par année. Enfin, bien qu'une infime partie des participants disent ressentir une pression sociale, neuf personnes nous ont tout de même parlé de l'esthétique et sept d'entre elles ont pour but de perdre du poids ou de le maintenir (hommes et femmes).

En ce qui concerne les aspects psychologique et spirituel, on observe que quinze personnes font de la méditation, du yoga, du taï chi ou du Reiki et que neuf personnes ont déjà fait des psychothérapies à titre préventif (bien sûr elles en ressentaient le besoin ou ressentaient un certain malaise mais elles n'étaient atteintes d'aucun trouble tel que la dépression ou autre). On pourrait ajouter à cette liste, des individus qui disent consulter en médecine complémentaire ou en massothérapie à titre préventif, ou encore, qui disent aller dans un spa relativement régulièrement, soit dix-sept personnes. Pour onze personnes, certaines de ces activités deviennent carrément des rituels et au final, encore une fois, nous remarquerons que pour neuf personnes, prendre soin de soi est un rituel en soi. Certaines personnes qui font du plein air mentionnent que la nature est un élément spirituel pour elles et plusieurs personnes, de manières éparses, auront certaines habitudes ou activités qu'elles lient à leur santé globale particulièrement psychique ou spirituel, comme faire une prière le matin ou le soir, ou encore, écrire dans un journal, faire de la danse et du théâtre. Mis à part nos deux personnes pour qui les préoccupations sont davantage d'ordre physique, tous les participants cumulent donc différentes activités liées à leur santé globale, qu'elles soient de nature physique ou psychologique. L'aspect spirituel, nous y reviendrons, englobe le tout et il est parfois difficile

de séparer les activités et les préoccupations psychologiques et spirituelles dans les énoncés des participants. Soulignons également, ici, que pour la moitié d'entre eux, la santé représente une part importante ou moyenne de leur budget, mais que cela va de soi pour eux car cela est souvent perçu comme un investissement. Les autres, mentionnent souvent que c'est l'alimentation qui leur coûte cher mais que ce n'est pas considérable comme budget et plusieurs nous disent que s'ils avaient plus d'argent, ils iraient en massothérapie par exemple, mais que ce n'est pas le cas pour le moment. En fait, nous remarquons que souvent, si les participants avaient plus de temps ou d'argent, ils en feraient encore plus pour leur santé. Onze personnes disent qu'elles aimeraient en faire plus et ce ne sont pas nécessairement ceux qui font le moins d'activités liées à leur santé. Tout ce que nous voulons démontrer, ici, c'est que la santé requiert en général beaucoup de ressources, que ce soit en temps ou en argent, et qu'une pensée commune est de se dire que la santé ne peut jamais prendre trop de place. Ainsi, certaines personnes diront qu'elles tentent d'en ajouter toujours plus. Nous pouvons clairement observer qu'une des réalités qu'entraîne la complexification de la définition de la santé dans le vécu sanitaire des participants, est d'accroître son importance dans leur existence.

En somme, nous voyons clairement que tous les participants ont des préoccupations de plusieurs ordres liées à leur santé. Séparer les côtés psychologique et spirituel est parfois difficile mais ce que nous remarquons, c'est que le spirituel devient un outil important pour réaliser la santé globale. En effet, à la question de savoir quel est le but des participants lorsqu'ils entreprennent ces actions liées à la santé, la majorité d'entre eux (dix-neuf) parlent de se sentir bien, d'être en harmonie, heureux, équilibrés, de se réaliser, d'avoir plus d'énergie et quatre d'entre eux nous parlent de *réaliser le divin en soi*. Ce que nous voulons souligner ici c'est la représentation de la santé et la place qu'elle revêt concrètement dans l'existence des individus. C'est pourquoi, nous décortiquons dans cette partie toutes les préoccupations, les actions entreprises à cet effet, le temps, le budget et les buts des participants. Nous en arrivons à cerner d'autant plus, en continuité avec le chapitre précédent, le fait qu'une certaine représentation de la santé liée davantage à un mode de vie et à une façon d'être puisse agir comme guide. En ce sens, nous avons également posé la question aux participants à savoir s'ils nuisaient parfois à leur santé, comment et que ressentaient-ils lorsque cela se produisait? Sur ce, dix-neuf personnes disent nuire à leur santé par l'alimentation et l'alcool et six par un manque de sommeil, tandis que treize disent nuire à leur santé lorsqu'elles dépassent leurs limites, qu'elles se mettent trop de pression et qu'elles ne sont pas à leur écoute. Il est

intéressant de noter que dix-sept personnes éprouvent un certain ressentiment lorsque cela se produit : neuf d'entre elles disent se sentir coupables, cinq iront jusqu'à ressentir une perte d'estime d'elles-mêmes, deux personnes se sentiront peu équilibrées et une personne mentionnera avoir un problème avec sa conscience, parce qu'elle a une vie bien remplie et qu'elle n'est pas *dans les limites du raisonnable* :

Participante 1.3.6 : *Bien je ne me sens pas très bien parce que souvent, bien c'est au niveau du sommeil, bien je suis fatiguée. Ce n'est pas toujours facile de se lever le matin. J'ai un problème avec ma conscience, c'est un peu un mot fort mais quand même des fois je fais : Ha! Ce n'est vraiment pas bien pour moi! Donc j'ai un problème de conscience un peu avec ça.*

Nous pouvons donc observer que bien que les individus aient mentionné ne pas ressentir de pression sociale en ce qui concerne leur état de santé, nous estimons que ce degré de ressentiment, tout de même élevé, démontre que les règles sociales à cet effet ont un impact réel sur le vécu de ceux-ci. De plus, ce problème de conscience revient chez plusieurs participants pour illustrer le fait que ne pas prendre soin de sa santé à notre époque est un *manque de conscience*. En terminant cette partie, soulignons tout de même que huit personnes ont mentionné ressentir du plaisir lorsqu'elles nuisaient à leur santé, mais nous remarquons que quatre d'entre elles disent *devoir travailler plus fort après*. Encore une fois, donc, il y a une conscience élevée, malgré le plaisir encouru, qu'on ne devrait pas agir de cette manière, ce qui fait également dire à deux de ces personnes, qu'au final, elles tentent de ne pas nuire à leur santé. En fait, seulement cinq personnes disent ne pas nuire à leur santé :

Participante 1.3.9 : *Pas vraiment. Je ne fume pas, si je bois de l'alcool c'est à l'occasion. Je vais peut-être m'écraser une journée et ne rien faire là mais c'est parce que je sens que j'en ai besoin, que je veux me reposer, fait que c'est plus pour la santé mentale. [...] Non, parce que je ne suis pas excessive non plus, justement à dire que je fais super attention. Des fois, ce n'est pas bon non plus.*

Cet exemple rend compte de ce que l'on remarque en général. Nous avons déjà discuté du fait que le stress, la pression, trop s'en mettre sur les épaules est perçu très souvent comme nuisible pour la santé. Ce qui fait que les participants ont tendance à analyser leur situation et à tenter de l'équilibrer à tous les niveaux. De plus, cela a pour conséquence logique également

que la performance est perçue comme plutôt nocive et qu'on ne remarque pas ce désir ou ce but chez les participants, mais plutôt celui de toujours vouloir s'améliorer ou maintenir cet état, comme si on ne se reposait pas sur les acquis, comme si également cela demeurerait une préoccupation constante, ce qui est vrai pour tous les participants mais à différents degrés. Voici un exemple plus prononcé mais non excentrique, où les préoccupations de santé deviennent intégrées à tout un mode de vie que l'on souhaiterait encore plus parfait :

Participant 1.3.1 : *Oui, l'emploi que j'ai présentement est un peu trop physique, j'aimerais ça récupérer un peu plus. Parfois, mon entraînement est un peu trop intense. Il faut garder un équilibre musculaire aussi. [...] Même marcher avec des souliers (rires), moi, si je pouvais, je serais nu-pieds tout le temps pour pleins de raisons liées à la santé : la force des tendons, l'équilibre musculaire. À chaque fois que je cours avec des souliers, je suis conscient que je nuis un peu à ma santé. [...] Cela m'arrive encore de tricher, mais c'est rare. De la crème glacée, mais même à ça je n'ai pas de plaisir à le faire comme avant.*

En fait, présentement, je me rends compte que c'est inutile. Je le fais, mais je ne gagne pas de plaisir, je ne me sens plus heureux à le faire, donc, je ne le fais plus. Cela n'apporte rien, non.

Cette manière de voir n'est pas excentrique dans le sens où tout de même dix-sept participants nous ont dit que leurs actions et préoccupations étaient intégrées à leur mode de vie, peu importe leurs exigences, et cinq participants souhaiteraient qu'elles le soient davantage. Donc la santé tend à devenir un mode de vie qui touche à plusieurs pans de la vie des individus et ce qui différenciera ceux-ci sera plutôt leurs exigences plus élevées ou moindres ou différentes en ce sens, plus physiques ou plus psychologiques. Mais, au final, elles sont pour tous les participants de plusieurs ordres, nous y revenons encore.

Nous avons également posé la question à savoir qu'est-ce qui est le plus nuisible ou qui serait le plus nuisible pour votre santé? Ici, les réponses sont pratiquement unanimes et tournent autour de quatre éléments en lien avec soi-même et au stress général engendré par notre mode de vie, particulièrement en ce qui concerne le travail : mon état mental, avoir des émotions ou des relations négatives, ne pas s'écouter, le rythme de vie et les pressions extérieures à soi qui créent un stress. On remarque également que six personnes nous parlent que la sédentarité

serait probablement ce qui serait le plus nuisible, et pour trois d'entre elles cela irait jusqu'à représenter une oisiveté générale et un laisser-aller dans son existence entière. Donc, cela dépasse clairement l'aspect physique:

Intervieweur : *Qu'est-ce qui est le plus risqué ou le plus nuisible pour votre santé, selon vous?*

Participant 1.3.3 : *C'est de ne rien faire. Moi cela ne me dérange pas d'aller sauter en parachute [...]. Moi je n'ai pas l'impression de nuire à ma santé quand je fais ça, si je le faisais. Il y en a d'autres qui vont capoter bien raide là![...].*

Intervieweur : *Donc ce n'est pas de ne pas bouger physiquement seulement mais de ne pas bouger dans notre vie également?*

C'est ça, ça c'est la pire affaire qui ne pourrait pas m'arriver. Arrêter complètement de tout faire. Ça ce serait nuire à ma santé. Là, je serais mort. Donc tu vois un peu la perception que j'ai de quelqu'un qui ne bouge pas. [...]. Regarde, il faut que je travaille là-dessus aussi, il faut que je les respecte.

Cette idée se retrouve également chez une personne atteinte d'une maladie chronique et d'un handicap relativement sévère, le participant 2.4.2. Nous remarquerons dans sa réponse toute l'ambiguïté en ce qui concerne cette quête d'un équilibre que l'on retrouve chez nombre de participants :

Intervieweur : *Vous arrive-t-il de nuire à votre santé?*

Très, très souvent oui. En exagérant comme je le disais tantôt (en faisant des travaux sur sa maison, par exemple). [...].

Intervieweur : *Qu'est-ce qui est le plus risqué ou le plus nuisible pour votre santé?*

Ce serait de me laisser aller.

Intervieweur : *L'abandon?*

L'abandon, je n'ai pas envie d'attendre la mort. Ce n'est pas ce qui m'intéresse.

Effectivement, une majorité de participants nous parle du fait qu'ils nuisent à leur santé lorsqu'ils ne respectent pas leurs limites et affirment que ce qui est le plus nuisible pour leur santé est lié au stress, aux pressions extérieures et au fait de ne pas être à l'écoute de soi. Mais quelqu'un qui ne bouge pas dans son existence, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, n'est pas quelqu'un de sain ou, du moins, quelqu'un qui a une attitude positive selon la perception générale des participants. Pas étonnant alors que l'on remarque une tendance généralisée à vouloir trouver un équilibre. En fait, nous croyons que ces tensions ou ambiguïtés que l'on remarque chez les participants sont dues notamment aux règles de sociabilité dans notre société qui sont particulièrement affiliées à la notion très importante de responsabilisation individuelle par rapport à l'ensemble de son existence.

Tous les participants, sans exception, disent être totalement responsables de leur santé. Souvent ils diront : *qui d'autres pourraient être responsables?* ou *ça ne revient qu'à nous* et, ce qui est intéressant, c'est que cette intériorisation forte liée à la responsabilisation personnelle fait en sorte que très peu d'individus nous parlent des causes environnementales, extérieures à soi, qui pourraient affecter leur santé. Ce qui prime ce sont leurs actions, de se prendre en main et d'agir de la bonne façon. Tout de même cinq personnes nous parlent de l'incidence de la pollution ou de l'environnement, mais pour l'ensemble ce ne sont pas les causes principales. Même lorsque l'on parle de stress provenant de situations extérieures à soi, la tendance est de dire qu'il faut apprendre à gérer son stress, ses émotions, ou encore, de s'écouter, donc de changer de travail carrément et de prendre les décisions qui s'imposent dans notre existence. D'ailleurs, ce qui est souvent mentionné par les participants comme étant bon pour la santé c'est de : *gérer ses émotions, choisir son entourage, gérer son stress, travailler sur sa pensée et sur son mental* (afin d'avoir des pensées positives), *être en harmonie avec soi et ses valeurs et faire des choix en conséquence*. Donc, bien que certains parlent de causes extérieures, il appartient à l'individu de gérer ses émotions et son mental, de travailler sur lui-même et de changer ce qu'il y a à changer dans son existence ainsi que de ne pas s'exposer inutilement aux risques extérieurs, en ne mangeant pas de pesticides, par exemple. Donc, de faire les choix qui s'imposent pour sa santé. Et lorsque les individus nous parlent davantage des causes extérieures, c'est parfois parce qu'ils semblent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour être en santé. Dans ces circonstances, ce qui reste d'incontrôlable ce sont les causes extérieures :

Intervieweur : *Qu'est-ce qui est le plus risqué ou le plus nuisible pour votre santé?*

Participant 1.3.1 : *C'est le cadre de la société où l'on vit. Je pense que c'est l'incompréhension des gens par rapport à ce qu'il faut faire pour être en santé. [...]. C'est parce qu'il y a beaucoup d'aspects sur lesquels je n'ai aucun pouvoir, comme j'habite proche d'une ligne électrique, j'ai arrêté d'avoir un cellulaire actif dans mes poches mais tous les appareils électriques dans ma maison ça l'a un effet sur le corps. Mais, jusqu'à un certain point, je n'ai pas le choix de travailler sur l'ordinateur. Idéalement, il faudrait que je dorme dans une chambre qui est complètement noire, sauf que de l'autre côté de la fenêtre il y a les lampadaires du parking. [...]. Le pire truc pour ma santé c'est que je suis toujours obligé de choisir le moindre mal.*

L'environnement extérieur arrive donc souvent en dernier lorsqu'il est question pour les participants d'énumérer ce qui est nuisible pour leur santé, après l'énumération de l'ensemble des éléments liés à leur responsabilisation individuelle par rapport à leur santé. Cela contribue à faire en sorte que les personnes jugées malades et les personnes jugées saines, dans notre société, le sont davantage par rapport à cette responsabilisation personnelle en lien avec leur santé et leur existence. Ce qui a également pour conséquences de rendre la frontière entre personnes saines et malades très floue comme nous l'avions prédit dans notre hypothèse de recherche. Toutefois, cela se traduit d'une façon quelque peu différente de celle que nous avions imaginée. Dans notre hypothèse, nous disions que la complexification de la définition de la santé, voire l'obsession de la santé parfaite, pourrait avoir pour conséquences que de plus en plus d'individus se retrouvent dans la catégorie des individus malades, puisqu'il y a de plus en plus de critères qui entrent en jeu pour pouvoir affirmer être en santé globale. Nous l'avons remarqué, plus de la moitié des participants qui prennent soin de leur santé et qui ne sont atteints d'aucune maladie physique ou mentale ne s'estiment qu'en assez bonne santé, leur état n'est pas totalement satisfaisant à leurs yeux. Enfin, à la lumière de notre recherche de terrain, nous remarquons que l'écart entre les personnes saines et les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap ne se fait effectivement nullement sentir par rapport à leurs vécus liés à la santé et à la spiritualité mais, en revanche, nous ne constatons pas une diminution des individus qui adhèrent à la catégorie des bien portants ou sains dans notre société. Nous constatons plutôt qu'ils y adhèrent en démontrant une forte responsabilisation personnelle plutôt qu'un état de santé physique et psychologique exempt

d'handicap ou de maladie. La phrase de Canguilhem, citant Jaspers, prend vraiment tout son sens ici :

C'est le médecin, dit-il, qui recherche le moins le sens des mots « santé et maladie ». Au point de vue scientifique, il s'occupe des phénomènes vitaux. C'est l'appréciation des patients et des idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle « maladie ». Ce que l'on trouve de commun aux diverses significations données aujourd'hui ou autrefois au concept de maladie, c'est d'être un jugement de valeur virtuel. « Malade est un concept général de non-valeur qui comprend toutes les valeurs négatives possibles. » (2003 : 74).

CHAPITRE VII

Représentations de la maladie ou de l'état de malade

En continuité avec les éléments dont nous venons de discuter, en ce qui concerne les représentations de la santé, nous allons donc aller vers les représentations de la maladie. Nous avons déjà souligné l'importance du fait que la santé devient un mode de vie en soi dans la représentation des participants et donc une façon d'être. Ce qui a pour conséquence logique qu'un individu atteint d'une maladie chronique ou un handicap ayant cette façon d'être, sera considéré comme plus sain qu'un individu sans handicap ni maladie chronique qui n'adopterait pas cette façon d'être. La complexification de la définition de la santé fait bien en sorte que plusieurs individus sains ne se perçoivent pas totalement en santé, puisqu'ils ne se sentent pas en santé à tous les niveaux. Mais, d'un autre côté, elle contribue également au fait que certains individus atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap, ce qui touche souvent davantage le côté physique, puissent se sentir totalement sains par rapport aux autres aspects comme les aspects psychologique, social et spirituel, voire même, plus en santé qu'avant, ou encore, plus en santé que les individus sains. Nous avons déjà observé ce fait en traitant du cas de Yannick, au deuxième chapitre, et nous le remarquons dans notre étude de terrain. En fait, le vécu de la santé est empreint d'une image forte de responsabilisation personnelle, de prise en charge de soi et d'attitudes typiques considérées comme positives. En ce sens, si on revient à l'affirmation de Canguilhem, nous remarquons effectivement que le concept de maladie est un concept de « non-valeur qui comprend toutes les valeurs négatives possibles », selon les différentes perceptions et représentations d'une société donnée en ce qui concerne particulièrement l'attitude considérée et perçue comme juste ou positive.

Toutefois, les représentations de la santé et de la maladie vont de pair et nous ne pouvons les analyser de façon séparée. Ce chapitre a donc comme finalité d'approfondir les représentations de la santé déjà observées dans le chapitre précédent ainsi que l'analyse du vécu de la santé et de la maladie des participants. Nous mettrons toutefois davantage en parallèle, ici, les discours des individus atteints d'une maladie chronique avec le discours des

individus sains⁵¹. Ce qui nous permettra de constater que ce vécu est semblable et que les différences entre les deux catégories de participants se situent à un autre niveau. Plus précisément, si nous observons que ce vécu est semblable, c'est que tous les individus sont influencés par les mêmes règles de sociabilité, qu'ils soient atteints d'une maladie chronique ou non. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, les mouvances des représentations de la santé et de la maladie font en sorte que les frontières entre individus sains et malades changent de forme.

1. La santé comme mode de vie

Ne nous méprenons pas, l'idée que la santé soit représentée comme un mode de vie n'est pas nouvelle. Claudine Herzlich, par exemple, a observé dans les années 60, lors d'une étude liée aux représentations de la santé et de la maladie en France (Herzlich 1969), que le déclenchement de la maladie était dû en grande partie « aux effets nocifs d'un 'mode de vie malsain', lui-même perçu comme l'expression d'une 'société agressive'. Le rythme de vie trop rapide, l'air pollué, la nourriture chimique [...] » (2004 : 64). Par contre, ce qui est remarqué dans le cadre de notre recherche, c'est que les individus interrogés parlent très peu de la « société agressive » et que la responsabilisation individuelle demeure centrale en ce qui concerne les causes de la maladie. De plus, bien sûr le mode de vie représente un indice de santé, mais ce que l'on constate c'est qu'en supplément à ce mode de vie, la santé est perçue comme un état d'être, une façon d'être, et que ceci va plus loin que les simples actions liées au mode de vie.

Enfin, si nous reprenons les deux premiers éléments du modèle de Parsons (1975), tels qu'exposés par Herzlich et Adam et soulignés dans le deuxième chapitre, à savoir que : « l'individu malade représente une menace pour l'ordre social » et que « le malade a le devoir de se soigner et de coopérer avec ceux qui ont la charge de le soigner » (2004 : 77), nous pourrions affirmer, étant donné que nous remarquons que la frontière entre individus sains et individus atteints d'une maladie s'amenuise, qu'un individu qui ne prend pas soin de lui et de sa santé est une menace pour l'ordre social et que tout individu a le devoir de se prendre en

⁵¹ Il est à noter, pour faciliter la lecture de ce chapitre et la compréhension de la mise en parallèle de ces discours, que les participants dont le numéro de code commence par le chiffre 2 sont atteints d'une maladie chronique, tandis que ceux dont le numéro de code commence par le chiffre 1 correspondent aux individus sains.

main. Ce qui rendra compte de son adhérence aux règles de sociabilités érigées par sa société (nous pourrions donc dire que cet individu est coopérant). Par exemple :

Intervieweur : *Finalement, est-ce que vous remarquez si les autres prennent soin de leur santé ou s'ils ont l'air en santé?*

Participante 2.1.1 : *Je ne porte plus attention aux fumeurs. J'ai déjà été fumeuse et maintenant je regarde les fumeurs avec un certain mépris. C'est surtout à ce niveau-là et il y a aussi les personnes qui sont très obèses, j'ai certains préjugés.*

Intervieweur : *Donc vous vous dites peut-être qu'ils pourraient agir?*

Oui. Oui et tout le monde s'en porterait mieux. Les coûts de santé seraient moins élevés et tout et tout.

Intervieweur : *Êtes-vous portée à vous comparer aux autres sur cet aspect (la santé)?*

Participante 2.4.1 : *[...] je ne porte pas de jugements, je trouve juste que c'est malheureux.*

Intervieweur : *Domage...*

Oui et en même temps, dans une certaine mesure c'est un manque de conscience à l'égard des autres aussi puisqu'on vit dans une communauté. Si chacun vivait autrement dans un meilleur rapport à lui-même, bien il pèserait moins lourds. Moi je considère que j'ai pesé pas mal lourd avec les traitements que j'ai reçus, plusieurs traitements qui coûtent cher, mais après ça, là je suis guérie, je fais attention à moi. Je prends soin de moi.

Intervieweur : *Faire attention à soi, ça apporte aux autres...*

Oui, parce que sinon on le paye tous ça. On le paye tous notre système de santé.

La complexification de la définition de la santé, incluant les efforts mis dans la prévention des maladies, ferait en sorte qu'il ne s'agit plus d'être malade pour menacer l'ordre social et le malade, dans ce contexte, s'il se prend en main et qu'il réussit à s'accomplir, sera perçu pratiquement comme un héros. Pourquoi? Parce qu'avoir la totalité de la responsabilisation par rapport à son existence est déjà particulièrement demandant pour tout individu occidental contemporain. Si on réussit cet exercice en ayant certaines facultés en moins, c'est comme si nous devions déployer le même effort en ayant moins de cartes en main. Être malade ou être sain n'est toujours pas la même chose dans notre société mais ce qui contribue à déterminer ces deux états tend à aller vers le degré de responsabilisation par rapport à soi et d'autonomie en ce sens. Donc, la représentation prégnante d'un individu sain, dans notre société, est celle de celui qui se réalise et qui se prend en main, peu importe son état.

Ce fait est bien illustré dans l'analyse des réponses liées aux mentors et à la question de savoir si quelqu'un qui est atteint d'une maladie peut être tout de même considéré comme en santé. En fait, douze participants ont mentionné que les personnes malades qui étaient en santé spirituelle ou psychologique, qui réussissaient à s'accomplir et qui se prenaient en main les impressionnaient et, à ce propos, deux femmes dans la vingtaine nous ont parlé de l' « homme tronc » qui fait des vidéos sur *YouTube* (il donne des conférences malgré son handicap et il a réussi à se réaliser parfaitement). À la question de savoir si on peut les considérer comme sains, tous répondent *oui*. Quatorze participants vont même aller jusqu'à dire qu'ils peuvent être en plus grande santé que ceux qui ne sont pas atteints d'une maladie et onze vont dire qu'ils peuvent se réaliser et s'accomplir mais en ayant le physique en moins, donc qu'ils peuvent se réaliser à d'autres niveaux. Finalement, douze participants mentionnent que cela dépend de leurs perceptions et de leurs moyens, que cela part d'eux-mêmes et de leur acceptation :

Participant 1.3.1 : *Ta maladie ne t'empêche pas de faire des efforts, de bien manger. Le truc, c'est de réaliser le meilleur de toi-même, tu as des possibilités. Donc, si tu es en chaise roulante, ça t'enlève des possibilités, mais il t'en reste tellement d'autres que tu peux choisir d'aller chercher. Je pense que la santé, ça reste ça.*

Participant 1.3.9 : *Ma « coloc », par exemple, elle n'est pas bien dans sa tête mais elle ne bouge pas, elle ne mange pas bien. Là je le sais qu'elle n'est pas en santé, on dirait que c'est tout qui ne va pas. Autant ma mère elle est dépressive, mais elle prend ses*

médicaments donc ça va bien. Elle a maigri donc elle va mieux physiquement, elle est plus en santé, elle bouge plus aussi, elle mange bien. Fait que de ce côté-là, oui, elle est en santé.

Intervieweur : *Donc ça va avec nos actions, être fonctionnel, les efforts que l'on fait...*

Je pense que oui parce que quelqu'un peut avoir l'air en santé et il ne fait rien, et non il ne l'est pas là. Il a la santé et il ne l'est pas en même temps [en santé].

Participant 1.3.5 : *Oui carrément parce que je pense qu'il y en a qui ont tout, qui sont en santé mais qui ne sont pas plus heureux, ils ne sont pas mieux donc ça va beaucoup avec le bien-être.*

En fait, l'idée que cela dépend de ce que l'on fait de la maladie est également répandue chez l'ensemble des participants. Nous savons déjà que ne rien faire et ne pas se prendre en main est considéré comme négatif. Alors, cette idée va de soi également lorsque l'on parle des personnes malades, quoi que ce soit davantage impressionnant, justement, en comparaison avec les individus qui sont sains. Pour certains, les notions de réussite et de force entrent carrément en jeu :

Participant 1.1.3 : *Il y en a qui peuvent manquer leur coup dans cette expérience-là, et il y en a qui réussissent. Il y en a qui perdent tous leurs moyens et il y en a qui sont quadruplégiques, qui ont juste la bouche et qui font des conférences. Ils ont jamais aussi bien vécu leur vie dans ces conditions-là que quand ils avaient tous leurs sens. Ça c'est extraordinaire. Ça me rend émotif quand je parle de ça parce que c'est comme, wow! C'est réussi ça là!*

Pour expliquer le fait que certaines personnes atteintes d'une maladie soient mieux dans leur peau que d'autres personnes qui sont saines, certains participants mettent de l'avant le côté spirituel de la santé :

Participant 1.1.4 : *Il y en a qui sont malades physiquement et qui sont en santé spirituelle. Il y en a qui arrive à faire ça, faut être fort en maudit! Il y a des gens qui ont des maladies graves et qui sont quand même en santé qui vont être mieux que*

d'autres qui se plaignent de leurs petits malheurs, de leurs petits bobos. Oui, ceux qui ont développé une grande spiritualité vont être plus en santé, même s'ils sont malades.

La spiritualité est un élément primordial de la santé globale et, comme nous le verrons, elle devient davantage un moyen d'acquérir plus de bien-être ou une ressource pour acquérir plus de potentiels, qu'un lieu de sens. Comme nous l'avons démontré, la santé contribue à donner un sens aux actions des individus et elle agit même comme guide pour délimiter ce qui est juste ou non, lorsque nous affirmons que la spiritualité devient, au même titre que le psychologique ou le social, un élément de plus pour définir la santé globale, bien évidemment qu'une partie de ce sens lui revient mais ce n'est qu'une partie. La santé et la spiritualité ensemble contribuent à donner le sens de l'existence et non l'un sans l'autre. C'est pourquoi nous parlerons plus loin de l'émergence d'une nouvelle spiritualité liée au vécu de la santé.

Enfin, nous voulons achever la partie de l'analyse concernant les représentations de la santé et de la maladie avec une spécification importante concernant l'ensemble des réponses des participants à la question de savoir si les individus malades peuvent être considérés en santé. Pratiquement tous les individus interrogés nous disent qu'une personne atteinte physiquement peut être en meilleure santé mentale qu'une autre qui a la santé physique. Ceci est clair pour tous les participants et va certainement de pair avec leur affirmation selon laquelle les aspects souvent les plus importants, en ce qui concerne la santé, sont le psychologique, le mental, les émotions ou le spirituel, le physique passant en deuxième dans la majorité des cas. Ce qui importe davantage est d'être bien dans sa peau et de s'accomplir⁵². Cette représentation de la santé et de la maladie fait en sorte évidemment de contribuer aux nombreux questionnements actuels dans le domaine de la médecine, entres autres, sur le plan de l'intégration des soins spirituels en milieux hospitaliers. Dans le cadre de notre recherche de terrain, ces besoins semblent prendre une place prépondérante par rapport aux besoins physiques des individus malades. Sans négliger que les besoins de soulagement de la douleur physique demeurent bien réels et primordiaux, évidemment, il semble, selon l'analyse des représentations de la santé et de la maladie, que ces besoins ne pourront à l'avenir être séparés également d'un apaisement psychologique et spirituel de la douleur. Enfin, et c'est là où nous voulions en venir, comme

⁵² Il est à noter que pour les deux personnes pour qui le physique passait en premier dans leurs préoccupations liées à la santé, leurs réponses à cette question suivent celles des autres participants, par exemple : *Ça dépend de lui, de son point de vue et de sa capacité d'avoir des endroits où y peut intervenir encore. Où même y peut faire des choses, on regarde là dans certaines résidences pour personnes âgées autonomes ou semi-autonomes, où là y a encore des possibilités pour certaines personnes de participer à certaines classes* (Participant 1.2.2).

l'aspect psychologique est souvent plus important, peu de personnes nous parlent d'individus atteints d'une maladie mentale pour répondre à la question de savoir si un individu atteint d'une maladie peut être considéré en santé. Nous avons vu toutefois qu'une personne parle de sa mère qui est atteinte de dépression et qui est tout de même en santé, selon elle, et trois autres personnes seulement donneront des exemples qui vont dans le même sens. Clairement, la frontière entre personnes malades et personnes saines tend à s'amincir mais ce n'est pas vrai nécessairement pour toutes les formes de maladies, c'est-à-dire qu'elle s'amenuise particulièrement en ce qui concerne toutes maladies et handicaps physiques, puisque ce qui représente un individu sain, en général, c'est d'être bien dans sa peau et de se réaliser. Certes, la situation pourrait être vue différemment lorsqu'il est question de maladies mentales, mais pas systématiquement:

Participant 2.2.1 : Souvent ces gens-là sont admirables parce que Diane Roy⁵³, qui est en chaise roulante et qui gagne des médailles à tour de bras, elle aurait pu s'asseoir et ne rien faire. [...]. Mais aussi des gens qui fonctionnent très bien dans la vie de tous les jours, comme au (magasin quelconque) il y a un jeune, il a peut-être 30 ans là, il est handicapé intellectuellement là mais il fait des petites tâches et il vient travailler chaque jour et ça c'est merveilleux. Et lui il doit être bien dans sa peau ce bonhomme-là et c'est parfait.

Pour cette personne, on voit que c'est le même raisonnement, peu importe que l'on parle d'un handicap ou d'une maladie physique ou intellectuelle. Mais nous ne pouvons affirmer et démontrer que c'est le cas pour les autres participants, puisqu'en réponse à cette question tous les exemples donnés sont liés à des maladies ou à des handicaps physiques d'emblée. Deux personnes vont d'ailleurs spécifier qu'il y a une différence pour elles entre le fait d'être atteint physiquement ou intellectuellement et psychologiquement :

Participant 1.3.4 : Je pense que quelqu'un avec un problème physique peut être beaucoup plus épanoui que quelqu'un de normal.

Intervieweur : En santé physique...

⁵³ Diane Roy pratique la course en fauteuil roulant. C'est une athlète ayant participé à plusieurs marathons ainsi qu'aux jeux paralympiques de Pékin en 2008, entre autres.

En santé physique, oui. C'est pour ça que tantôt je disais que le psychologique vient avant le physique.

Intervieweur : *Donc ça relativise aussi l'état de santé....*

J'ai toujours dit que [...] j'aurais beaucoup préféré avoir un enfant avec une déficience physique qu'intellectuelle. Et encore, quand je vois les petits trisomiques, ils sont toujours souriants, ils ont l'air tellement heureux, est-ce qui sont pas juste là pour faire évoluer leur entourage?

Participante 1.3.8 : *Mais ça dépend de ce que l'on met dans le mot santé là. Mais c'est clair comme... Disons handicapé physique, pour moi c'est clair (qu'il peut être considéré comme en santé).*

Intervieweur : *Ils peuvent être en santé?*

Bien il y en a qui fonctionnent avec leur handicap et qui sortent de ça des ressources incroyables et qui sont de bonne humeur, pour eux autres la vie a un sens [...]. Bon maintenant, je trouve ça plus compliqué quand c'est au niveau étiquetage mental parce que là, il y a des personnes qui sont considérées comme étant complètement malades mentales là, je trouve ça compliqué.

Intervieweur : *Borderline donc. Qu'est ce qui ferait qu'on est en santé quand même?*

C'est moi. Comment je me sens.

Intervieweur : *Le sens que vous donnez à l'existence?*

C'est comment une personne se définit. Moi je peux voir qu'une personne elle n'est pas en santé mais si elle, elle se sent en santé [...].

Intervieweur : *Donc ce serait vraiment par rapport à soi.*

Oui, mais pas complètement. C'est sûr qu'on vit en société aussi. Mais, habituellement, il y a une adéquation. Comme quelqu'un qui arrive et qui attaque un autre avec un fusil (silence). Il y a comme une différence je trouve avec un handicap physique et les maladies mentales.

Nous croyons que cette divergence est importante à noter puisqu'elle relativise le fait que les frontières entre individus sains et malades s'amenuisent, ce qui n'est peut-être pas vrai sur tous les plans et à tous les niveaux. Ce qui est démontré ici, concrètement, c'est que la complexification de la définition de la santé, en amenant davantage de relativisme en ce qui concerne la santé physique, pourrait faire en sorte qu'il y ait un poids supplémentaire en ce qui concerne la santé mentale et spirituelle. En ce sens que, selon cette logique où l'accomplissement et le fait d'être bien dans sa peau priment, il est peut-être plus évident de percevoir l'accomplissement d'une personne atteinte physiquement que celui d'une personne atteinte intellectuellement. De plus, nos participants atteints d'une maladie chronique ne sont pas atteints d'une maladie mentale, ce qui fait que nous n'avons pas de données nous permettant d'aller plus loin dans l'analyse de cet aspect. Nous avons toutefois bien perçu que le volet mental est primordial et que, comme nous l'avons mentionné, neuf participants ont consulté en psychothérapie de manière préventive. Soulignons également que deux autres participants ont déjà fait une dépression et que deux autres ont consulté un psychologue pour des troubles psychologiques, dont des troubles phobiques. Au final, ce que l'on peut démontrer à la suite de cette enquête, c'est l'importance que revêt, dans le vécu de la santé de tous les participants, l'idée qu'une personne qui est bien dans sa peau et en santé psychologique et mentale, peu importe le handicap physique ou la maladie chronique, peut être considérée comme saine. Selon cette logique, comme le mentionnait la personne interrogée plus haut, une personne souffrant de retard intellectuel qui est bien dans sa peau peut également être considérée comme saine. Enfin, l'importance du bien-être mental, émotionnel, psychologique et, pour plusieurs participants, spirituel, nous y arrivons, est capital et vient avant le physique, ce qui explique évidemment ces réponses.

Notre analyse des données renvoie directement aux auteurs que nous avons étudiés dans le troisième chapitre, et en particulier Lasch qui parlait bien de la nouvelle sensibilité thérapeutique des individus contemporains. Au dire d'Otero :

Lasch voit dans 'l'homme psychologique de notre temps le dernier avatar de l'individualisme bourgeois' et dans l'approfondissement de l'analyse de la catégorie psychiatrique et psychanalytique de narcissisme une des clés pour mieux comprendre les transformations des sociétés contemporaines.

Si à l'instar de Narcisse, l'individu contemporain 'voit l'univers comme un miroir de lui-même et ne s'intéresse aux événements extérieurs que dans la mesure où ils reflètent sa propre image', Lasch affirme que l'on aurait tort d'interpréter cette attitude comme de l'égoïsme pur et simple. C'est moins par complaisance que par désespoir que 'les gens s'absorbent en eux-mêmes', ils ne cherchent pas à s'imposer aux autres, mais ils cherchent tout simplement un 'sens à la vie'. Si Narcisse est ouvert à 'toute forme d'aventures sexuelles' et à toutes sortes de démarches de 'développement personnel'. Ce n'est pas qu'il éprouve un amour vigoureux de soi, mais plutôt une grande insécurité. (2003 : 35).

Si nous revenons sur cette caractéristique psychologique de l'individu contemporain, c'est parce que cet élément est incontournable lorsqu'on analyse l'influence de la complexification de la définition de la santé sur le vécu des individus contemporains. Et nous le remarquons clairement dans l'analyse des entretiens; l'importance accordée à la force mentale, à la gestion des émotions et au bien-être psychologique devient l'élément phare d'une attitude positive face à l'existence, ce qui guide les individus dans leurs actions et leurs préoccupations vis-à-vis de leur santé. Ces éléments deviennent la pierre angulaire des représentations de la santé et de la maladie des participants. Comme nous l'avons mentionné, nous sommes également d'avis que le narcissisme n'est pas un pur égoïsme, ce qui serait une vision particulièrement réductrice du phénomène. Le narcissisme contemporain, souvent associé à l'individualisme contemporain ou cité pour expliquer cet individualisme, ne peut se comprendre dans sa totalité qu'en analysant les nouvelles normes sociales qui régissent ces comportements particuliers. Otero et Ehrenberg sont deux auteurs qui ont précisément étudié ces nouvelles règles, justement en lien avec la psychologisation des rapports sociaux, pour Otero, et l'analyse du lien entre la maladie mentale qu'est la dépression et le fonctionnement des sociétés contemporaines occidentales pour Ehrenberg. Ces deux auteurs lient clairement ces phénomènes à la société dans laquelle ils se produisent, ce qui correspond tout à fait à notre démarche dans cette thèse. Tout comme Otero le mentionne en parlant de l'émergence de la personnalité narcissique : «[...] ce phénomène est loin d'être autonome ou de s'être

autonomisé au point de se détacher des enjeux économiques, sociaux et politiques qui structurent toute société. » (2003 : 41).

Nous terminerons donc ce chapitre en analysant davantage l'influence de l'élargissement du concept de maladie, en lien avec la notion de responsabilisation personnelle par rapport à son existence qui est très bien intériorisée par l'ensemble des participants. De cette émancipation vécue dans les années 60-70, en rapport à différentes institutions dans les sociétés contemporaines occidentales, découlent finalement d'autres règles sociales dominantes liées à l'accroissement de la responsabilisation individuelle. Selon Ehrenberg : « L'individu est confronté à une pathologie de l'insuffisance plus qu'à une maladie de la faute, à l'univers du dysfonctionnement plus qu'à celui de la loi [...]. » (1998 : 15). Ce qui constitue le passage de la culpabilité, lot des anciennes générations qui avaient un devoir d'obéissance particulièrement envers les institutions religieuses, à la responsabilité : « L'émancipation nous a peut-être sortis des drames de la culpabilité et de l'obéissance, mais elle nous a très certainement conduits à ceux de la responsabilité et de l'action. » (1998 : 246).

Néanmoins, nous avons remarqué qu'il demeure une certaine forme de culpabilité chez les participants lorsqu'ils ne prennent pas soin d'eux et qu'ils nuisent à leur santé, tout comme le fait qu'ils ne peuvent s'en remettre à rien d'extérieur à eux-mêmes pour expliquer leur comportement et qu'il n'appartient qu'à eux d'agir de la bonne manière pour optimiser leur état de santé et de bien-être. Est-ce que cette responsabilisation liée à leur état de santé est aussi forte dans leur esprit lorsque l'on parle de responsabilité par rapport à la maladie? Selon Galvin Rose : « [...] in many western nations, it is becoming less acceptable to enter and remain in a physically incapacitated state : it clashes too uncomfortably with the image of the 'good citizen' as someone who actively participates in social and economic life, makes rational choices and is independent, self-reliant and responsible. » (2002 : 107).

Toutefois, à la question de savoir si la responsabilité par rapport à notre état de santé va jusqu'à se considérer comme responsable de ses maladies, la réponse devient plus complexe chez les participants. Il ne s'agit pas de répondre par oui ou non. Bien que huit participants tendent clairement vers un oui, dix-huit participants répondent plutôt *en partie* et tendront davantage vers le oui ou vers le non, mais aucun participant ne répond par un non total. En fait, tous les participants sont relativement clairs sur le fait que nous sommes tous responsables de nos habitudes de vies qui ont une influence directe sur l'incidence de

certaines maladies; par ses différents agissements tout individu est donc en partie responsable de ses maladies. Mais pour certains, cela équivaut à être souvent à quatre-vingts pourcents responsable de ses maladies (ce qui est considérable comme niveau de responsabilité) comparativement à d'autres qui, bien que reconnaissant cette responsabilité, mettront une limite à cette responsabilisation (trois personnes seulement) :

Participant 2.1.1 : *Ça je suis en questionnement [...]. C'est sûr que j'ai un petit peu de misère avec le courant de pensée qui dit bien si tu as tel cancer, c'est parce que tu as fait quelque chose dans ta vie. Ça j'ai beaucoup de misère avec les absolus dans ma vie maintenant [...]. Ça ne passe pas.*

Intervieweur : *Donc les personnes ne seraient pas responsables?*

Non. Mais si tu fumes trois paquets par jour peut-être que tu as une petite incidence sur ta maladie des poumons.

Participant 1.3.2 : *Les maladies graves, non.*

Intervieweur : *Comme le cancer?*

Non. Une grippe bien ça, ça peut venir quand tu es fatigué, c'est un peu ton système immunitaire mais tout ce qui est maladies graves, non. Bien j'espère que l'on n'est pas responsable en fait.

Intervieweur : *Parce que ce serait un stress?*

Ha! Ce serait lourd là, « my God »!

Intervieweur : *On est responsable de notre santé mais à un moment donné...*

Il y a une partie qui n'est plus à nous là. Il y a une limite.

Intervieweur : *La maladie ça te dépasse?*

Oui.

Participant 1.3.5 : *Ouf, ça c'est dur, je ne le sais jamais en fait. À un moment donné j'ai cru que oui, mais d'autres fois je pense qu'on est responsable de comment on y fait face. Mais c'est dur à dire, parce qu'à un moment donné c'était ça la question des maladies, je croyais dur comme fer qu'on était responsable et du coup ça mettait beaucoup de pression, je trouve, sur la personne qui doit trouver pourquoi, mais pourquoi? C'est déjà dur, la personne est déjà à terre là, fait que je trouve que ça pouvait nuire aussi.*

Ce bémol témoigne d'un poids lié à la complexification de la définition de la santé, puisque plus on y inclut d'éléments, plus nous devons nous attarder à différents éléments de notre existence et cela se voit dans les différentes préoccupations des participants liées à leur santé. Dans l'énumération des éléments qui préoccupent les participants en lien avec leur santé, dix d'entre eux ont mentionné qu'ils avaient peur de la maladie et huit autres sont allés plus loin en disant qu'ils ne veulent pas *se créer une maladie*. C'est pourquoi trois d'entre eux diront se soucier de leur intériorité. Il est intéressant de noter ici que ces huit participants font partie de ceux ayant une spiritualité personnelle forte : cinq pratiquent le yoga, une pratique le Reiki et deux ont mentionné dans leurs propos qu'ils avaient une spiritualité personnelle qui était très importante dans leur vie et qu'elle était liée souvent, en partie, à différentes médecines complémentaires comme l'acupuncture ou la kinésiologie, et qu'ils croyaient ainsi à une certaine forme d'énergie. Par ailleurs, la différence entre les personnes atteintes d'une maladie chronique et les autres ne se fait pas sentir lorsqu'il est question de répondre aux questions sur la responsabilisation par rapport à la santé, ou encore, lorsqu'il est question de savoir si une personne atteinte d'une maladie ou d'un handicap peut tout de même être considérée comme en santé. La complexification de la définition de la santé entraînant parfois plus de responsabilisation individuelle à différents niveaux, voire mener à une certaine « obsession de la santé parfaite », elle influence tout autant, et de façons similaires, les vécus sanitaire et spirituel des individus sains et des individus atteints d'une maladie chronique. Et bien que nous mentionnions que la différence se voit davantage entre les individus ayant une forte spiritualité personnelle et les autres, cette différenciation n'est pas parfaite, elle représente une tendance. Bref, notre groupe est particulièrement homogène en ce qui concerne cette nouvelle expression spirituelle liée à la santé, mais cette nouvelle sensibilité spirituelle est vécue à des

degrés d'intensités divers selon les participants et le fait d'être atteint d'une maladie chronique n'influence pas cet aspect. Par exemple :

Intervieweur : *Pouvons-nous affirmer que nous sommes responsables de nos maladies?*

Participant 2.4.2 : *Oui, je crois que l'on est responsable.*

Intervieweur : *À cent pourcent?*

Une bonne partie là. L'esprit a un pouvoir qui est des fois plus fort qu'on l'imagine. On se crée des attentes ou des douleurs, peu importe. Des fois, on est capable de se créer ça là. Si la personne focalise là-dessus et qu'elle y met toute son énergie, il y a des chances qu'à un moment donné...

Intervieweur : *Donc, c'est notre esprit...*

Oui, c'est un peu notre façon de penser.

Nous verrons, dans les prochains chapitres, que plusieurs participants croient en cette force du mental qui est d'une importance capitale dans leur existence et que cette force devient spirituelle. Cette croyance amène également une responsabilisation très grande face à l'existence :

Intervieweur : *Vous sentez-vous responsable de votre santé?*

Participant 1.3.4 : *Ho'Oponopono⁵⁴ dit de prendre la responsabilité sur soi, donc oui je me sens responsable de ma santé, et en biologie totale⁵⁵ aussi, dans le sens ou toute*

⁵⁴ « Ho'Oponopono (ho-o-pono-pono) est une tradition de repentir et de réconciliation des anciens Hawaïiens. Des coutumes identiques se retrouvent dans toute la région du sud du Pacifique. Le Ho'Oponopono traditionnel était dirigé par un ou une *kahuna lā'au lapa'au* (prêtre guérisseur) pour guérir les maladies physiques ou psychiques, il était fait avec des groupes familiaux. La plupart des versions modernes sont rédigées de telle façon, que chacun puisse le faire seul. » Tiré du site Internet :

http://www.energie-sante.net/fr/LE301_ho-oponopono-joe-vitale-dr-len.php (consulté le 23 janvier 2014).

⁵⁵ Connue également sous le nom de Médecine Nouvelle Germanique créée par le Dr Hamer en Allemagne en 1980, cette médecine a pour conclusion globale à son raisonnement que la maladie a toujours un sens qui se retrouve dans le vécu de la personne malade. Il est à noter que cette approche thérapeutique a subi bon nombre

une série de personnes vont traverser une zone infectée et seulement une partie des gens vont tomber malades. Pourquoi lui et pas celui d'à côté? Donc, oui je me considère responsable, même au-delà de l'aspect conscient.

Intervieweur : *Pouvons-nous affirmer que nous sommes responsables de nos maladies?*

Oui.

Intervieweur : *Par rapport aux émotions, aux conflits?*

Par rapport aux émotions, aux conflits et par rapport aux façons d'aborder les choses, de se soigner, de réagir. [...]. Tantôt tu me demandais si je jugeais les gens qui... Je sais, c'est maladié la dépression et puis j'en ai eu une quand mon fils, qui était venu avec moi au Canada, a décidé de repartir en x (dans son pays d'origine). Mais qu'est-ce que j'ai choisi de faire avec ça? Est-ce que je me suis laissé aller et je me suis suicidé ou est-ce que j'ai décidé de me traiter, d'aller en psychothérapie et de comprendre?

Intervieweur : *Donc, le cheminement personnel...*

Oui et c'est aussi où je dis que je suis responsable de ma santé. [...].

Intervieweur : *Donc vous estimez que vous avez une grande part de responsabilité.*

Plus qu'on ne le pense.

Intervieweur : *À cent pourcent?*

Bien avec ce que j'ai vu en biologie totale aussi, à se dire qu'il n'y a pas de hasards. Pourquoi est-ce qu'il y a ça qui nous arrive?

Intervieweur : *Cela a un sens?*

Ça a un sens.

Ce dernier exemple démontre bien que plus les participants croient à la force mentale, en lien avec le rapport qu'ils entretiennent avec l'existence et leur cheminement personnel, et que la responsabilisation vis-à-vis de leur santé va au-delà des habitudes de vie, leur responsabilisation face à la maladie est plus prégnante. C'est pourquoi, nous reparlerons du poids de cette responsabilisation dans les prochains chapitres lorsqu'il sera question d'analyser ces croyances, particulièrement en lien avec la spiritualité des individus interrogés. Voici deux derniers exemples démontrant ce constat :

Participante 2.4.1 : *Le fait d'être en santé, ça veut dire que tu es responsable de ta vie.*

Intervieweur : *Vous vous sentez responsable de votre santé?*

[...]. Je vous dirais que je le suis à cent pourcent.

Intervieweur : *Pouvons-nous affirmer que nous sommes responsables de nos maladies?*

Oui, on a une responsabilité, tout à fait. [...]. Pour te dire ok tu t'es créé cette maladie, là c'est que je ne suis pas certaine que tout le monde a la conscience qu'il faut actuellement pour vivre avec le fait de se dire : je suis resté trop figé longtemps dans telle situation et je n'ai pas su aller chercher les moyens ou les outils pour m'en sortir avant que la maladie survienne. Donc, il y a une responsabilité. [...]. Bien oui, on a une responsabilité, si on ne va pas dans la prévention parce qu'on sait quand même que c'est là et je dirais qu'il y a des gens qui savent qu'il y a quelque chose qui a pu les faire basculer à un moment donné et n'osent pas regarder parce qu'ils ont peur de regarder ce qui est là et de le libérer. Bien oui, ils sont responsables dans la mesure où ils en ont conscience. Je pense que ça prend la conscience et là les gens qui n'ont pas la conscience, qui ne veulent pas, qui n'ont pas je dirais la « drive » qu'il faut bien [...].

Cette notion de conscience est également très présente chez plusieurs participants et elle sera particulièrement importante lorsque nous ferons le lien entre les vécus de la santé et de la spiritualité. Dans cette partie de l'analyse, nous voulions simplement souligner le fait que la complexification de la définition de la santé amène une responsabilisation croissante vis-à-vis de sa santé et de ses maladies et que, comme nous le verrons, cela se liera à une responsabilisation plus vaste liée à son existence et à son bien-être. Pour terminer ce chapitre, axé sur les représentations de la maladie, soulignons que six personnes vont également dire qu'elles vont tout faire pour ne pas être malades, en parlant particulièrement du cancer. Et une des interrogations qui revient chez près de la moitié des participants, en lien avec les causes et la responsabilisation vis-à-vis de la maladie, est pourquoi certaines personnes, qui ont des habitudes de vie exemplaires en terme de santé, vont tout de même être atteintes du cancer du poumon ou d'autres types? En effet, neuf participants soulèvent cette interrogation et trois autres participants disent qu'on ne peut expliquer le cancer. Un de ceux-ci en attribue la cause à des considérations mentales, un autre aux conflits émotionnels et le dernier à un environnement stressant ou ayant généré un mauvais stress pour la personne. Évidemment, si nous soulignons ce fait, c'est que l'ensemble des participants, sans exception, mentionne que nous sommes responsables de nos habitudes de vie. Lorsque la maladie survient malgré de bonnes habitudes de vie, il faut donc trouver une autre cause et ce que l'on remarque c'est que, pour la majorité des participants, encore une fois, la cause sera liée aux individus eux-mêmes plutôt qu'à un environnement extérieur. C'est pourquoi trois personnes affirment que nous sommes responsables de nos actions pour ne pas en arriver à un état de maladie, deux diront qu'un manque de conscience peut nous rendre malade, huit personnes diront qu'un manque de compréhension de soi et le fait de ne pas être en accord avec soi rend malade et sept personnes mentionnent que nos pensées ou notre état psychologique et mental peuvent nous rendre malade. N'oublions pas ici que, pour l'ensemble des participants, s'apitoyer sur soi, se plaindre, ne pas agir, ne pas lier ses actions à ce que l'on dit ou croit, ne pas faire d'efforts et finalement ne pas prendre soin de soi et de sa santé est perçu comme une attitude particulièrement négative.

Quelqu'un de sain est donc quelqu'un qui se prend en main, la seule différence entre les participants sur ce point est de savoir est-ce que cela va jusqu'à nous rendre malades ou à faire en sorte que tout individu est entièrement ou largement responsable de ses maladies? Comme nous l'avons mentionné, c'est sur ce point qu'il y a des différences entre les participants et nous approfondirons cet aspect plus loin puisque cela sera mis directement en lien avec

l'émergence d'une nouvelle spiritualité liée au vécu de la santé que nous voulons mettre en évidence dans cette thèse. Soulignons toutefois un des éléments récurrents qui s'avère préoccupant pour les participants mais davantage hors de leur contrôle : l'aspect génétique lié à l'anticipation de la maladie.

2. Génétique et anticipation de la maladie : moins de responsabilisation mais préoccupation certaine

Sept participants ont dit que nous ne sommes pas responsables de notre génétique et donc que nous ne sommes pas responsables des maladies héréditaires. D'ailleurs, certains participants qui affirment que nous sommes à quatre-vingts pourcents responsables de nos maladies, diront que le vingt pourcents restant est lié à la génétique. Toutefois, la génétique devient une préoccupation pour plusieurs participants, au premier chef ceux qui disent ne pas avoir une bonne hérédité ou plusieurs maladies dans la famille. À cet effet, onze personnes soulignent clairement cette préoccupation et d'autres mentionneront *a contrario* au fil des entretiens qu'elles ont de la chance puisqu'elles ont une bonne hérédité, ce qui démontre qu'elles sont également conscientes de cet aspect, bien qu'elles ne s'en préoccupent pas. Voici un exemple d'une personne dans la vingtaine qui se soucie de cet aspect :

Intervieweur : *Lorsque vous pensez à votre état de santé, est-ce que vous percevez des angoisses ou des inquiétudes par rapport à votre état de santé ou au contraire vous êtes serein et confiant par rapport à votre état de santé?*

Participante 1.3.6 : *Ça va quand même bien. Je dirais, par exemple, que je regarde un peu dans ma famille le genre de maladies qu'il y a, le genre de situations physiques qu'il y a, et puis je dirais que pour ne pas en arriver là éventuellement, il faut quand même que je me mette à travailler un petit peu plus fort là-dessus. Donc, je n'irais peut-être pas jusqu'à dire une angoisse mais plus une certaine préoccupation.*

Ceci confirme certainement le fait qu'à l'ère de l'anticipation de la maladie, le facteur génétique a un effet concret sur les préoccupations de la population, sur leurs actions et sur leurs angoisses à cet effet. Nous ne disons pas que c'est négatif, nous voulons tout simplement démontrer que cela fait en sorte d'ajouter aux préoccupations de la santé ainsi

qu'à cette responsabilité individuelle par rapport à la santé, puisque *l'on sait*. La génétique est un autre élément que nous pouvons savoir sur nous-mêmes et que nous pouvons tenter de déjouer ou de contrôler. Comme le mentionne Céline Lafontaine en citant la pensée de Nikolas Rose⁵⁶:

Loin d'être le résultat d'une pure domination scientifique s'imposant de l'extérieur aux individus, la politique moléculaire favorise, selon Nikolas Rose, la création d'une nouvelle forme de subjectivité où chacun devient responsable de sa santé. Conçue en termes de probabilités, la connaissance de ses prédispositions génétiques et des facteurs de risques face à telle ou telle maladie procure le sentiment de pouvoir contrôler et perfectionner indéfiniment son corps afin de lutter contre la maladie et, ultimement, de prolonger sa vie. (2008 : 108).

Ce que nous démontrons, ici, c'est que tous ces éléments mis ensemble font en sorte que la santé devient une préoccupation constante et prend toujours plus d'espace dans la vie des individus contemporains. Et ce, particulièrement pour certains individus au sein des sociétés occidentales. En effet, comme nous l'avons mentionné, notre recherche ne s'est pas attardée aux individus ayant des parcours ou des situations particulières comme des personnes provenant de milieux défavorisés. Personnes pour qui cette influence pourrait se traduire bien différemment dans leur existence. Les individus interrogés ici, bien que sans profil particulier, appartiennent tous à une catégorie d'individus ayant accès à certaines ressources dans notre société, telles que l'éducation et un emploi relativement bien rémunéré qu'ils ont très souvent choisi. Ce qui rend l'affirmation de cette participante très intéressante puisqu'effectivement, en ce qui concerne l'obsession de la santé parfaite, nous avons l'impression qu'elle devient davantage l'apanage des individus plus éduqués :

Intervieweur : *Vous arrive-t-il de ressentir une pression sociale par rapport à votre état de santé?*

Participante 1.3.6 : *Pas personnellement, parce que disons que je ne me fie pas vraiment aux pressions sociales, je fais plutôt abstraction de ça. Mais je vois que la société projette un peu une double image. J'ai l'impression que c'est important d'être*

⁵⁶ ROSE, Nikolas. « The Politics of Life Itself », *Theory, Culture and Society*, Vol.18, No 6, 2001, p.1-30.

mince et en forme et athlétique, et en même temps il y a plein de mal bouffe dans le système et il y a plein de gens qui ne font pas attention à leur santé. En fait, c'est un peu comme si la santé c'était élitiste. C'est bizarre mais les gens éduqués, et tout ça, se doivent d'être en santé.

Intervieweur : *Ce sont eux qui lisent beaucoup les recherches aussi...*

Exactement et on dirait qu'il n'y a rien qui est vraiment fait pour les gens qui sont un peu moins fortunés, qui ont un peu moins d'éducation. C'est comme si rien socialement va chercher ces gens-là. Mais on dirait que, oui, si tu es éduqué il y a une certaine pression sociale pour que tu sois en santé et en forme.

Nous avons bien démontré jusqu'à présent que cette pression sociale existe pour les individus et qu'il ya de nouvelles règles de sociabilité à cet effet. Toutefois, nous ne pourrions affirmer ici que la pression serait inexistante pour les individus défavorisés, elle serait très certainement présente, à notre avis, mais différente. Nous pourrions d'emblée émettre l'hypothèse que les individus défavorisés pourraient être davantage stigmatisés, notamment en lien avec leurs mauvaises habitudes de vie et que cela représente une pression sociale liée à la santé que les individus interrogés ne vivent pas vraiment. En fait, si nous analysons l'affirmation de cette jeune femme, nous percevons que bien qu'elle dise que les pressions sociales ne l'affectent pas personnellement (ce qui est récurrent chez la majorité des participants), elle est consciente qu'il existe certaines pressions et ressent que ces pressions sont davantage adressées à la classe économique et sociale à laquelle elle appartient. Ce qui nous donne un indice sur le fait que ces pressions sociales liées à la santé sont indéniablement présentes, même si l'on tente d'en faire abstraction. En fait, on a le devoir d'être en santé puisque *l'on sait* et ceux qui savent sont ceux qui ont davantage accès aux informations médiatiques et scientifiques sur la santé, entre autres. Bien qu'il y ait un déploiement à grande échelle de ces informations au sein de la population québécoise, ceux qui pourront approfondir davantage ces questions possèdent certaines ressources et ceci aura un impact sur leurs vécus singuliers de la santé et de la spiritualité. Cette précision vient simplement circonscrire les limites de cette enquête de terrain qui focalise sur les individus possédant justement certaines ressources. La nouvelle spiritualité liée au vécu de la santé est donc particulièrement représentative du vécu de ces individus.

Mais la génétique, bien que l'on sache, nous échappe. Elle demeure donc dans la catégorie de ce qui est incontrôlable pour les participants mais devient tout de même une source de préoccupation supplémentaire, puisqu'à ce moment-là, il nous appartient d'agir en conséquence, selon les participants. Ce qui vient donc accentuer également, tout de même, la responsabilisation des individus (qui savent) par rapport à leur santé. Une personne en arrive même à la conclusion suivante :

Intervieweur : Pouvons-nous affirmer que nous sommes responsables de nos maladies?

Participant 1.1.1 : Mais il y a l'aspect génétique, héréditaire. Encore là, avec ce que j'ai dit [...] moi je pense que l'on choisit nos parents. Il y a tout un aspect si je ne résonnais pas à ça, j'aurais eu une autre famille qui n'aurait pas eu cette maladie-là. Alors, si un jour j'ai des problèmes intestinaux ou des maladies mentales, oui il y a une question scientifique dans le connu, dans le formel, que oui c'est dans mes gènes. Mais en même temps, au niveau spirituel, je l'ai pris ça. Moi je n'aurais pas eu ça dans ma famille, j'aurais choisi autre chose.

Dans cet exemple, la responsabilisation par rapport à notre génétique vient de certaines croyances d'ordre spirituel et non de données ou d'informations scientifiques. Comme nous le verrons, l'ensemble des participants ont certaines réticences face à la science et aux nouvelles technologies. En fait, de cette analyse, et nous l'approfondirons particulièrement plus loin, ressort le fait que l'obsession de la santé parfaite n'est pas que l'apanage des influences technologique et scientifique, de la biomédecine et de la complexification de la définition de la santé mais bien également celui de la spiritualité. Ce qui en fait un phénomène beaucoup plus large et imposant. Pour nous, il s'agit d'un phénomène social incluant plusieurs aspects attachés à l'existence des individus contemporains et intégrés sous forme de règles de socialisation et de responsabilisation.

3. La santé parfaite : un phénomène spirituel

Nous concluons ce chapitre en analysant un dernier point concernant la représentation de la santé des individus constituant le groupe d'occidentaux contemporains interrogés dans cette

recherche à savoir : qu'est-ce que la santé parfaite? Et non sans raison, puisque la santé parfaite semble se détacher d'une vision simplement technologique, médicale et scientifique pour ne devenir réalisable et possible qu'avec l'appui d'une certaine forme de spiritualité liée à un état d'esprit et à une façon d'être, où la force du mental devient plus puissante, plus louable et meilleure pour la santé que la performance globale et le stress qu'elle inspire. L'obsession de la santé parfaite est bien présente dans l'analyse du discours des participants mais elle représente un équilibre plutôt qu'une ascension sans limites vers un état sans maladie ou immortel jugé comme utopique pour huit participants. En fait, l'obsession de la santé parfaite se lie bien à l'idée d'un cheminement personnel perpétuel pour en arriver à se libérer de toutes souffrances et acquérir ainsi plus de bien-être, devenant ainsi très proche d'un but spirituel. Cette conclusion au vécu de la santé et de la maladie nous mènera donc naturellement aux prochains chapitres de notre analyse, consacrés au vécu spirituel des participants, puisque la santé parfaite transcende l'état de maladie ou le rend tout simplement relatif à l'état d'esprit et à une façon d'être avant tout.

Bien qu'environ le tiers (huit personnes) des participants semble trouver l'idée de la santé parfaite utopique, deux d'entre eux ne voient pas la chose d'une manière négative mais plutôt comme impossible à atteindre ou liée davantage à un équilibre et à un bien-être. Ce qui est également vrai pour l'ensemble des participants. En fait, seulement quatre personnes, dont trois font partie des huit personnes considérant cette notion comme utopique, affirment que cela pourrait devenir nuisible pour les individus :

Participant 1.3.7 : *Non, ça n'existe pas parce que, justement, la vie c'est comme toujours les montagnes russes [...]. La santé parfaite, ce serait d'être physiquement, psychologiquement, socialement et spirituellement parfait, bien dans tout. C'est sûr qu'à un moment donné tu ne seras pas heureux là-dedans, tu ne peux pas maintenir ça, ça demanderait trop d'efforts [...].*

Intervieweur : *Ça deviendrait même un peu négatif?*

Exactement.

Participant 2. 3.1 : *Santé parfaite, ça n'existe pas tant qu'à moi, ça n'existe pas. Même l'utopie doit être plus plausible que la santé parfaite parce qu'il y a cent milles*

facteurs [...]. De un, c'est quoi la santé parfaite?, comment on définit ça?, comment on peut l'atteindre avec toutes les possibilités génétiques? Ha! Tu as manqué de prendre un nutriment ce jour là, mais là tu n'as pas fait tes vingt minutes d'activités physiques bla, bla, bla. [...].

Intervieweur : *Donc ce ne serait pas un but?*

Non, non (rires). La santé parfaite ce n'est pas un but parce que, tant qu'à moi, ça n'existe pas, on ne pourra jamais être en santé parfaite.

Intervieweur : *Ça pourrait devenir une obsession?*

Ça pourrait être épeurant là!

Participante 1.3.8 : *Ça fait un peu performance pour moi [...]. Je ne sais pas, je trouve ça un peu fort.*

Intervieweur : *Donc ça n'existe pas vraiment pour vous ou ce n'est pas nécessaire?*

Je ne sais pas trop. Je réagis peut-être au mot parfait parce que je ne sais pas trop là, ça fait référence à l'idée de performance pour moi.

Intervieweur : *Et ça ne vous plaît pas?*

Je n'aime pas tellement toute l'histoire de la performance. Ça ne me tente pas d'embarquer dans l'idée de la performance, comme les olympiques, c'est beaucoup orienté là-dessus. J'ai l'impression que c'est plus une image pour les autres et tout ça là. La performance, c'est beaucoup orienté là-dessus (l'image).

Comme nous l'avons vu précédemment, la performance est jugée de façon plutôt négative par l'ensemble des participants qui tendent vers un maintien ou une amélioration de leur état de santé, mais non à performer. De plus, le stress étant jugé comme particulièrement nuisible pour la santé ainsi que le fait d'aller au-delà de ses limites, on comprend aisément ces résultats liés aux différentes représentations d'une santé parfaite. Cette représentation suit

également l'idée d'une forme de santé globale et d'équilibre, puisque huit personnes nous diront que cela représenterait d'être bien à tous les niveaux, cinq parleront d'équilibre, trois reviendront sur la notion des perceptions et de l'état relatif de cette notion puisque cela dépend de chacun et, enfin, tout de même dix-sept personnes disent que l'on peut tendre vers une parfaite santé (parmi celles-ci plusieurs mentionnent également le fait d'être bien à plusieurs niveaux, mais pas à tous les niveaux nécessairement). Voici deux affirmations qui démontrent comment l'on peut se rapprocher d'une santé parfaite ou aspirer à une parfaite santé:

Participant 2. 2.1 : *Bien c'est de faire tout ce que tu peux pour que ton corps soit en santé, que ta tête, d'un point de vue psychologique, soit en santé et au point de vue intellectuel, il y a les amis, être bien dans ta peau, être bien dans ton corps mais si tu as le goût d'essayer de la peinture ou de partir un an en voilier...*

Intervieweur : *Pour pouvoir toujours faire ce que tu veux?*

Oui.

Intervieweur : *Donc la santé parfaite c'est quand même accessible?*

Oui.

Intervieweur : *Au quotidien?*

Oui.

Intervieweur : *Quand vous parlez d'être bien avec vous-même, est-ce que cela veut dire que l'aspect psychologique est très important, la force mentale?*

Bien oui finalement. Oui, c'est important. C'est sûre, comme je le dis, je ne travaille pas là-dessus, seulement là-dessus, mais ça vient avec et, en fait, ça part de là aussi.

Intervieweur : *Votre force mentale ça part d'où, comment vous travaillez cela?*

(Silence) *Je ne le sais pas, ce n'est pas conscient. Je te dirais là, je ne le sais pas, moi je trouve que j'ai une vie facile fait que ça part de ça.*

Participant 1.3.3 : *C'est l'objectif ultime là. Moi j'aime bien l'expression vise les étoiles, si tu veux atteindre la lune. C'est un peu le principe. Si tu parles d'une santé parfaite, c'est une santé qui serait les quatre volets. Le social, je le vois un peu moins mais les trois [autres] volets qui seraient vraiment à leur apogée. Aucun problème physique, spirituel « à planche », regardes ça va super bien partout. Ça, ce serait, je pense que c'est possible mais je pense que c'est le fun de la viser [la santé parfaite].*

Intervieweur : *Un peu utopique mais on peut viser le meilleur état possible?*

Exactement, ne pas te mettre de limites [...].

Comme nous l'observons dans la dernière affirmation, la santé parfaite peut devenir carrément un but mais qui demeure un peu inatteignable, ce qui fait que dix personnes disent plutôt que l'on peut tendre vers elle. De plus, nous remarquons encore que les aspects psychologique et spirituel, incluant l'idée de se réaliser comme, par exemple, partir en voilier ou *ne pas se fier de limites*, sont bien présents dans ces affirmations. Ce que nous lierons, dans la prochaine partie de l'analyse, à l'importance du cheminement personnel et du vécu spirituel des participants.

Enfin, au sein des dix-sept personnes que l'on a classées parmi les individus qui mentionnent que l'on peut tendre vers la santé parfaite, certaines d'entre elles disent clairement que c'est possible. Plus précisément, nous remarquons que pour certaines d'entre elles, la représentation de la santé parfaite est plus simple, comme pour cette seule participante à mentionner qu'elle est en parfaite santé :

Participante 1.2.5 : *Bien, c'est ce que je suis (rires). Ha non! Moi là, regarde, je suis au summum, j'ai 60 ans et je pense que je suis au summum du bonheur, je pète de santé, je suis heureuse, financièrement je n'ai pas de problèmes. Je ne suis pas millionnaire mais je suis correct. Je pense bien qu'avec mon conjoint, on va être bon pour finir nos jours assez bien. [...].*

Intervieweur : *Donc la santé parfaite c'est un équilibre assez simple finalement.*

Exactement.

Certaines personnes vont également dans le sens où la santé parfaite est un équilibre assez simple mais auquel elles ajoutent certains éléments, notamment, le psychologique et le spirituel qui sont particulièrement importants pour ces dix-sept personnes. On remarque dans cet exemple représentatif que cela dépend beaucoup du fait d'être en accord avec soi et avec les actions que l'on pose ainsi que de notre capacité de se connaître et de gérer, par exemple, ses émotions:

Participant 1.3.1 : *Je pense que c'est de te lever le matin et de sentir que ton corps est avec toi. C'est vraiment sentir que ton corps t'aide. C'est de te lever le matin et être heureux d'entreprendre ta journée. Et que ton esprit, tes émotions, ton psychologique, spirituel, t'aident à être plus heureux et à te sentir bien. [...].*

Intervieweur : *Donc la santé parfaite pourrait nous aider à ressentir que l'on est bien, sans y penser?*

Oui, c'est ça exactement, oui, oui. Toutes tes actions vont être en accord avec toi-même et ça va être bon pour toi. Tu le ressens parce que c'est la conséquence de ça.

Participante 1.4.1 : *La santé parfaite, c'est la gestion des émotions.*

Intervieweur : *Donc c'est possible d'être en santé parfaite?*

Non mais je pense que c'est quand même la clef la plus subtile, oui, oui. [...].

Intervieweur : *Qui va faire fonctionner le reste?*

[...]. Gestion des peurs et des émotions, oui ça va avec la façon de voir la vie, la façon de penser. [...]. Les gens positifs, ils vivent plus vieux malheureusement pour les gens négatifs.

Pour ces dix-sept personnes, les aspects psychologique et spirituel sont particulièrement importants lorsque l'on parle de santé parfaite et pour certains c'est un état que l'on peut atteindre mais qui est passager. Un état qui pourrait ressembler à un état de grâce :

Participant 1.1.3 : *C'est comme être constamment amoureux, c'est un état d'être la santé parfaite, c'est vivre dans la joie.*

Participante 1.1.5 : *Le bonheur, quand tu ressens tout ça. En tout cas automatiquement moi ça m'amène un bien-être physique et psychologique. Quand tout est là, ce sont des moments de félicité. Ce sont des petits moments ça.*

Participante 2.4.1 : *C'est l'harmonisation de tous les plans, le plan physique, le plan psychologique et le plan spirituel. [...]. Ces trois plans-là et accepter qu'il y ait une belle dose de divin qui vienne envelopper tout ça. [...].*

Intervieweur : *Donc la santé parfaite, c'est possible?*

Oui, parce que je pense que c'est un état la santé parfaite. [...]. C'est d'être en harmonie avec qui je suis, me réaliser, me donner les moyens, ne pas jouer à la victime. On peut jouer à la victime, c'est une autre façon d'être aussi. Mais on peut être dans l'action, avoir du plaisir, regarder la vie, s'émerveiller, s'amuser, jouer, aimer, être en contact avec l'autre, grandir de ça, c'est ça la santé parfaite. Ce n'est pas l'absence de petits bobos, ce n'est pas l'absence de toutes les maladies [...].

Il n'y a qu'une personne qui nous dit que la santé parfaite est simplement l'absence de maladies. Cette personne fait partie des huit participants qui croient que la santé parfaite est une utopie ou est impossible à atteindre. De plus, cette personne fait partie des deux personnes pour qui le cheminement personnel n'est pas important et la spiritualité individuelle moins marquée. Ce qui alimente l'idée que nous allons approfondir dans les prochains chapitres, comme quoi l'importance du cheminement personnel et le fait d'avoir une spiritualité individuelle plus importante fait en sorte de complexifier notre définition de la santé en général. On y inclut effectivement plus d'éléments donc plus de responsabilisation à tous les niveaux et plus de préoccupations. Finalement, nous allons citer un dernier exemple qui exprime justement un niveau de complexification beaucoup plus élevé dans la

représentation d'une santé parfaite. Avec ce dernier exemple, nous voyons que parfois être en parfaite santé est possible ou que l'on peut tendre vers celle-ci, mais que cela demeure tout de même un état plus que particulier et, parfois, à la limite de ce qui est réalisable :

Participant 1.1.1 : Bien encore là, santé veut dire [...] absence de maladies. Mais dans ma vision à moi, santé parfaite ça veut dire, c'est encore d'être dans le juste. Ça veut dire ton pas est bien placé, ta posture est bonne, ta respiration est toujours consciente. Tu manges les choses dont tu as besoin au moment présent et tu es dans un état émotionnel calme. Tu fais les actions nécessaires dans le moment présent. Mais je suis un puriste.

Intervieweur : Mais c'est possible ?

Oui. Bien il y en a qui le sont, qui l'ont été. Le Christ, c'était ça. C'est juste que c'est mal compris, c'est mal expliqué. La religion l'a pris pour construire autre chose. La religion c'est un, comment dire ça, ça a aidé. Ça a aidé beaucoup de gens, mais une béquille c'est là pour t'aider à guérir. À un moment donné, il faut que tu t'en débarrasses de ta béquille. Mais je parle de la religion mais il y a plein de choses comme ça qui nous entourent. [...]. Il faut être libre. Être divin, c'est être libre.

Intervieweur : Alors, la santé parfaite, ce serait possible quand même ?

Oui, ça se fait parce que il y en a qui l'ont vécu. Ça reste dans le magique, dans le mystique, mais le Christ, le Bouddha, ils l'ont vécu. Et là encore, ça reste dans les mythologies, dans les légendes. Mais moi je pense que les connaissances qui sont transmises dans les légendes, par le bouche-à-oreille, les cultures, c'est aussi vrai que la science. Et la science s'y rapproche. [...].

Intervieweur : C'est une culture donc plusieurs choses que l'on pense séparées vont des fois dans le même sens ?

Oui. Même la science est hyper spirituelle. Souvent, les gens me catégorisent : toi tu es un New Age. Mais moi, je suis scientifique. Ça va ensemble. Deux plus deux, là,

c'est une vérité absolue. [...]. Oui la génétique joue mais ça va avec le spirituel. Pour moi, c'est indissociable. Mais moi, c'est ma façon de le voir.

Cet exemple est très intéressant puisqu'il renferme plusieurs éléments de réponses nous menant aux différentes sous-catégories que nous avons élaborées dans notre schéma d'analyse, et qu'il nous reste à analyser. Notamment, en ce qui concerne le lien entre la science et la spiritualité. Ces deux éléments influencent le parcours de l'émergence de cette nouvelle spiritualité liée aux vécus sanitaire et spirituel des individus contemporains; les croyances des participants ne vont pas que dans le sens de la science ou que dans le sens de la spiritualité, il y a imbrication de ces éléments dans leur vision, ce qui vient influencer et modeler cette nouvelle spiritualité. De plus, ce dernier exemple est celui d'un individu qui se retrouve à un autre extrême dans notre groupe d'individus interrogés, et pour qui le cheminement personnel et l'importance de la spiritualité individuelle sont très marqués. Ce qui a pour conséquence de complexifier la représentation de la santé, voire d'une santé parfaite. Enfin, nous remarquons d'emblée que pour l'ensemble des dix-sept individus disant que l'on peut tendre vers la santé parfaite, la spiritualité et l'état psychologique sont au centre de leur argumentaire. Ce qui rejoint, en partie, notre hypothèse de départ vis-à-vis de cette notion de santé parfaite où l'on supposait qu'elle ne pouvait se réaliser, selon nous, que par ce cheminement spirituel. De plus, nous remarquons que bien qu'il peut y avoir une certaine angoisse vis-à-vis de la santé chez les participants, elle se traduit davantage par leurs préoccupations multiples pour la santé. Cette angoisse n'est pas explicitement exprimée par ceux-ci en général mais plutôt le fait que la santé agit comme un guide dans leur existence, leur confirmant qu'ils sont dans la bonne voie. La santé est donc d'une importance capitale, notamment de par le rôle incontournable qu'elle joue dans la socialisation des individus contemporains. Sur ce, nous rejoignons particulièrement les conclusions de Lupton à ce sujet, mais également les interrogations de Crawford :

Public health and health promotion have provided a set of central interpretive repertoires for individuals to draw upon in their ceaseless working to construct subjectivity. The dominant discourses of public health and health promotion, with links to other social institutions and vested interests, may produce anxiety, concern about one's body or relationships, even a hatred of the self. Yet they also serve to help us know ourselves and our worlds, and produce forms of subjectivity that allow some individuals to feel in control of their lives and bodies, at least on some occasions. The

vast majority of people are well aware of the health promotional orthodoxies concerning lifestyle modification. (Lupton 1995: 156).

The pursuit of health has become an important activity, especially for the American middle class. Millions of people have become concerned about their health and have changed their behavior in order to protect or improve it. [...]. Protecting and improving individual health appear to be prototypical acts of practical reason and personal responsibility – a matter of common sense. [...]. Few of us live consistently healthy lifestyles and those who approach that ideal seem to be engaged in an unhealthy obsession. In short, we are both ambivalent and inconsistent in following the rules of health. (Crawford 1998 : 219).

Enfin, en ce qui concerne le lien que nous faisons, dans le cadre de cette thèse, entre les vécus de la santé et de la spiritualité, nous analyserons dans les prochains chapitres toute l'ambiguïté de cette nouvelle spiritualité liée au vécu de la santé qui, en répondant certainement à une exigence sociale associée à la complexification de la définition de la santé ainsi qu'à la responsabilisation importante des individus contemporains par rapport à leur existence, viendrait d'un côté apporter un apaisement et un mieux-être aux individus contemporains et, d'un autre côté, ajouter aux préoccupations individuelles liées à la santé ainsi qu'au poids de la responsabilisation individuelle. Sans tomber dans un jugement qui aurait pour conséquences de mentionner les aspects négatifs ou positifs de cette nouvelle forme de spiritualité, nous souhaitons tout simplement en exposer les limites ainsi que les forces indéniables. Mais surtout, en analysant l'élaboration du vécu et des représentations des participants, comment cette spiritualité influence leur existence, comment elle les aide tout comme elle peut devenir un poids, toujours selon certaines nuances qui proviennent du discours des participants eux-mêmes. Enfin, la santé parfaite dépasse actuellement le concept d'Illich en se ralliant au vécu spirituel des individus, dans une société où l'intériorité et la réalisation individuelle sont capitales.

CHAPITRE VIII

L'émergence d'une spiritualité utilitaire au vécu sanitaire

Dans le cadre de cette thèse, le but est d'analyser le religieux contemporain et ses nouvelles formes en observant le lien possible entre les vécus de la santé et de la spiritualité des individus contemporains. Pourquoi avons-nous choisi d'analyser ces deux éléments de façon quasi symbiotique? Parce qu'ils sont justement difficiles à séparer lorsque les individus contemporains expliquent leurs différents vécus spirituels, ce que nous avons déjà observé dans le cadre de notre métier d'anthropologue médical⁵⁷. De plus, l'analyse de la sécularisation faite par plusieurs auteurs et chercheurs contemporains, voire, dans plusieurs formes de médias dédiés au grand public, mentionne qu'une de ses conséquences est le manque de repères pouvant mener à un certain sentiment de vide intérieur. Enfin, ceci rejoint l'idée des individus sans guides d'Ehrenberg, entre autres. Une autre raison qui nous a incités à lier le vécu de la santé au vécu spirituel des individus contemporains, ici, est le fait que nous avons également remarqué auparavant que la santé semblait devenir un guide particulièrement imposant dans la vie d'un occidental au XXI^e siècle. Alors, puisque la santé devient un guide, soit, elle partage le même territoire que la spiritualité dans la vie des individus, soit, les deux sont liés comme deux éléments inséparables.

Dans le film *Planète Yoga*, un documentaire de Carlos Ferrand qui analyse le Yoga en tant que pratique spirituelle ayant une croissance inégalée mondialement, un artiste pratiquant et enseignant le Yoga, Paul McQuillan, mentionne ceci : *On parle beaucoup de la hausse de cas de diabète aux États-Unis et au Canada, de l'obésité chez les enfants mais on ne parle pas de l'épidémie de santé. Je crois que les gens veulent l'intérioriser et améliorer leur santé. Comme je l'ai dit, les gens recherchent une voie vers l'esprit, un réveil spirituel. Ça devient de plus en plus populaire.* Cette personne décrit et nomme précisément l'objet de notre étude, à savoir l'épidémie de santé actuelle liée à une recherche intérieure et spirituelle. Arrivant ici à la fin de notre analyse des données, nous ne reviendrons ni sur le fait que la santé érigée en différentes normes sociales dans la société québécoise contemporaine agit comme guide, ni sur le fait qu'elle contribue à façonner l'identité des individus contemporains. Nous

⁵⁷ Notamment, pour le Québec, lors de contrats de travail au Réseau québécois d'actions pour la santé des femmes et en collaboration avec l'Université d'Ottawa et l'Université McMaster pour une enquête de terrain auprès des femmes vivant en région, dans différentes provinces canadiennes.

terminerons en mettant en lumière le lien entre cette nouvelle sociabilité et l'émergence d'une nouvelle forme de religieux contemporain. Comme nous l'avons mentionné, nous serons prudents lorsqu'il sera question de lier cette spiritualité à certaines règles morales communes, nous ne parlerons pas ici d'une nouvelle morale. Les règles morales dont nous parlerons existent depuis toujours. Dans le cadre de cette analyse, nous démontrerons par quels moyens ces règles morales ancestrales peuvent demeurer et s'activer dans la société québécoise actuelle. La santé, la spiritualité et leur union en deviennent les garantes.

Les chapitres précédents avaient pour but de décortiquer le phénomène lié à cette *épidémie de santé*, en analysant davantage les mouvances et faits sociaux pouvant expliquer ce lien entre les vécus de la santé et de la spiritualité des individus contemporains. Mais qu'en est-il dans l'intimité individuelle? Nous croyons que la nouvelle spiritualité que nous allons exposer ici est, justement, une spiritualité de l'intimité. Une explication revient constamment lorsqu'il est question de différencier la religion de la spiritualité, consistant à affirmer que la religion est un phénomène social et communautaire, contrairement à la spiritualité qui serait plutôt individuelle. En fait, la spiritualité ne peut, à notre avis, être totalement dissociée de la société dans laquelle elle éclose. Dans le cas de cette nouvelle spiritualité associée au vécu de la santé, nous allons parfaire cette analyse en démontrant que l'aspect santé assure le lien social de cette nouvelle forme de spiritualité et que l'aspect spirituel, qui est vécu dans l'intimité, n'est donc pas dissocié de la culture et de la société. En fait, il se déploie dans l'intime relation entre l'individu et lui-même, puisque ce qui est demandé, suggéré, ou encore considéré comme juste ou positif dans la société, est d'aller vers plus d'authenticité dans son rapport intime avec soi-même. La spiritualité que nous exposons ici n'est pas qu'un vécu individuel qui serait lié à un construit tout aussi individuel, lié toutefois à la société par son influence directe sur l'identité de l'individu (identité allant de pair avec le social et la culture). Elle est une spiritualité de l'intimité, parce que la demande sociale est de se tourner vers soi avant d'aller vers l'autre ou de s'analyser soi-même afin de mieux comprendre l'autre. Ce qui en fait, peut-être, une nouvelle voie spirituelle de l'empathie. Nous explorerons cette idée où l'autre se trouve à être également réfléchi dans le miroir de Narcisse.

1. Identités spirituelles imprécises : un cheminement commun

Nous avons déjà discuté du fait que les individus interrogés se définissent difficilement lorsqu'il est question de leur spiritualité ou de leurs croyances religieuses. Bien qu'un petit nombre d'individus (cinq) disent qu'ils n'ont aucune spiritualité, pour l'ensemble des participants toutes les appellations sont bonnes pour mentionner qu'ils croient en quelque chose, qu'ils ne sont ni athées ni catholiques, ou encore, qu'ils sont catholiques mais qu'ils n'adhèrent pas à tout ce qui est dicté par la religion. À ce stade de l'analyse, nous pouvons affirmer que bien que nous ayons noté certains contrastes en ce qui concerne le fait que la majorité des participants affirme être catholiques pratiquants ou non-pratiquants, leurs liens ou leurs différences ne se situent pas dans cette identification, car tous les individus rencontrés dans le cadre de notre recherche butinent. Tous se construisent une spiritualité ou une philosophie de vie à leur image. Et tous ont intériorisé bons nombres de règles sociales liées à la santé, la leur et celle d'autrui, ainsi qu'une forte gratification de la responsabilisation personnelle. Ces constats unissent donc tous les individus interrogés dans cette thèse en ce qui concerne leurs vécus de la santé et de la spiritualité. Cela ne signifie pas qu'ils se définissent de la même façon à cet égard, mais bien que leurs vécus, peu importe la définition employée, trouvent un écho dans ceux des autres, peu importe le fait que l'on appartienne à une religion, que l'on s'estime athée ou croyant sans religion ou philosophe sans spiritualité. Enfin, si nous avions remplacé le terme spiritualité par intériorité, cette union entre les participants serait encore plus évidente.

Dans cette partie de l'analyse, nous relieront ensemble les catégories spiritualités et croyances ainsi que travaille sur soi et cheminement personnel. Nous verrons, en effet, que l'intériorité unit les différents cheminements des participants à cet effet. Bien sûr, nous observerons également des nuances et des extrêmes, mais ceci démontre que nous avons bel et bien affaire à un groupe d'individus des plus représentatifs. Enfin, il sera démontré que c'est lorsque nous demandons aux participants d'expliquer en quoi consiste leur spiritualité ou leur philosophie de vie et à quoi elle sert, et que l'on pose les mêmes questions en ce qui concerne le cheminement personnel et le travail sur soi, que nous observons clairement la récurrence de l'importance de l'intériorité dans la majorité des discours. Nous verrons que lorsque nous associons le vécu de la santé agissant comme guide à celui de la spiritualité, nous observons bien l'émergence d'une nouvelle spiritualité que nous nommons la « voie de l'intériorité ».

responsable ». Cette nouvelle spiritualité se retrouve dans le vécu de chacun des individus interrogés, mais à des intensités diverses. Mais avant, il convient de regarder comment les participants définissent leur spiritualité ou leur philosophie de vie et à quels besoins elle répond?

D'emblée, vingt participants nous disent avoir une spiritualité lorsqu'on leur pose directement la question et, pour ceux qui se disent catholiques pratiquants, cette spiritualité est toujours un construit individuelle qui, soit, n'est carrément pas lié à la religion catholique, soit, englobe celle-ci et bien d'autres choses. Tous les participants se disant catholiques pratiquants ou relativement pratiquants (cinq) construisent également leur spiritualité à leur image :

Intervieweur : *Avez-vous une spiritualité et en quoi elle consiste?*

Participante 1.3.8 : *Moi spiritualité là je vois le côté un peu partiel de ça parce que la relation avec le sacré a été représentée beaucoup avec le haut du corps, l'esprit justement. À travers l'histoire, on s'est retrouvé avec un dieu masculin mais on a oublié une partie qui était la déesse.*

Intervieweur : *Comme les spiritualités féministes?*

(Ne semble pas connaître les spiritualités féministes) *Mais quand on dit le mot spiritualité, il y a le mot comme esprit là-dedans, à côté de ça il pourrait y avoir naturalité. Comme je peux prier verbalement et aller vers le haut, mais j'ai réalisé aussi qu'il y a moyen de prier avec les pieds en allant chercher l'énergie qu'il y a dans la terre. [...].*

Intervieweur : *Ça vous vient de la Bible ou d'autres choses?*

Bien c'est-à-dire que moi j'élargis un peu dans le sens que [...] spiritualité et naturalité pour moi c'est ce qui englobe la relation avec un être suprême ou le sacré. La spiritualité c'est partiel pour moi pour exprimer ma relation avec l'Être suprême, et à travers le corps, tu peux aussi communiquer, pas que verbalement.

Intervieweur : *Comment vous avez découvert ça?*

C'est plus à travers mes activités physiques que j'ai découvert qu'avec mes pieds je pouvais aller chercher de l'énergie dans la terre. L'énergie n'est pas qu'en haut.

Intervieweur : *Vous l'avez expérimenté dans votre corps?*

Oui, c'est ça.

Dans cette affirmation plusieurs détails sont intéressants. Nous y retrouvons par exemple l'importance de l'expérimentation, qui est très forte chez la majorité des participants. Il faut expérimenter les choses afin de mieux se connaître et, ainsi, construire sa spiritualité à son image puisque, pour la majorité des participants, nous sommes nos propres guides ou, du moins, responsables de notre prise en charge. De plus, nous voyons que le corps et l'activité physique ont contribué à la construction de cette spiritualité personnelle qui diffère de la vision conventionnelle catholique, chez cette participante. Bien que l'on soit catholique pratiquant, nous subissons les mêmes influences que les autres membres de notre société en ce qui concerne les règles sanitaires érigées comme nouvelles normes sociales et guidant maintenant les individus vers l'attitude juste. L'institutionnalisation des normes sociales à cet effet passe davantage par les règles sanitaires que par les règles religieuses, en ce qui concerne tous les participants à cette recherche. Voici un autre exemple qui concerne ceux qui se disent catholiques pratiquants ou relativement pratiquants:

Intervieweur : *Votre spiritualité est-ce qu'elle est liée à la religion catholique, où c'est deux choses?*

Participant 1.2.2 : *Elle a été associée à, mais je pense que c'est un état de conscience [...].*

Intervieweur : *Donc ce n'est pas que la religion qui constitue votre spiritualité?*

Non, c'est ça. Je n'ai pas besoin d'être à l'église, par exemple, pour penser que ça c'est bien ou que ça c'est mieux ou que ça c'est souhaitable ou que ça ce n'est pas désirable [...].

Intervieweur : *C'est une conscience par rapport à vous-même?*

C'est ça.

Cette affirmation rejoint clairement une autre affirmation répandue chez la majorité des participants qui est de lier la spiritualité à ses actes et que, en ce sens, nous sommes nos propres guides, cela part de soi. L'état de conscience revient souvent et la santé parfaite représente un état qui pourrait s'apparenter justement à celui-ci. Dans le discours de ce participant, il est clair que la responsabilisation par rapport à lui-même est très grande. De plus, ce participant mentionne ailleurs qu'il n'a pas de mentors, c'est lui l'exemple ou le guide, ce que d'autres participants mentionnent également très souvent. Être responsable et devenir son propre guide, en affutant davantage sa connaissance de soi, est bien une règle sociale dominante et, selon ce principe, croire devient une attitude relevant moins de l'abandon que du contrôle de soi et de son existence. La force d'une personne tient souvent à sa capacité de bien mener son existence, d'être positive et d'avoir de bonnes habitudes de vie, et ce n'est pas à l'église que les individus interrogés ici se sont fait dicter cette conduite; leur spiritualité est clairement influencée par l'institutionnalisation de la santé et la complexification de la définition de la santé, entre autres. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà mentionné, tous les individus interrogés butinent, c'est-à-dire en prennent et en laissent dans la religion catholique ou autres religions, spiritualités ou philosophies:

Intervieweur : *Avez-vous une spiritualité et en quoi elle consiste?*

Participante 1.1.2 : *Oui. Pour moi, c'est très important. C'est sûr, le fait que je suis de religion catholique, on a été entraîné d'une certaine façon, mais il y a Dieu dans toutes les religions. Bien, moi je crois en Dieu, peu importe la religion. Ce sont des paramètres de religion catholique mais par le yoga, les religions et tout ça, ça ouvre des portes. Je dirais que tu peux pratiquer ta spiritualité sans être attaché à une religion. D'ailleurs, je crois à la religion catholique mais il y a des choses pour lesquelles j'ai un peu de difficultés à adhérer parce que je les trouve trop pragmatiques, trop durs, trop strictes. [...]. Je suis toujours catholique mais en même temps je, bien c'est peut-être mauvais de dire ça, mais je prends ce qui fait mon affaire. Il y a du bien, mais souvent chaque religion endoctrine trop le monde, souvent. Alors je trouve que l'on est rendu à un stade d'évolution où l'on n'a pas*

besoin de se faire endoctriner de A à Z, mais de croire qu'il y a un Être supérieur ça nous aide à cheminer personnellement finalement.

Intervieweur : *Donc, votre spiritualité est issue de la religion catholique mais aussi d'autres choses, comme la méditation...*

Oui, par mes lectures, les choses du genre, les choses qui m'intéressent. Maintenant je me rends compte que l'on peut... C'est plus ouvert. On peut découvrir d'autres façons d'exercer sa spiritualité. Pas seulement par la religion catholique, dans mon cas, effectivement. Il y a d'autres façons.

Intervieweur : *Elles viennent nourrir votre foi aussi?*

Exactement.

Cette affirmation vient rejoindre celles de certains participants qui disent s'être dissociés de la religion catholique mais être d'une certaine manière croyants, du fait qu'ils croient encore en Dieu ou en une force supérieure. Soulignons toutefois que plusieurs personnes qui n'ont jamais pratiqué la religion catholique comme telle, croient en Jésus. En fait, nous voulions ici démontrer que les individus se disant catholiques pratiquants ont clairement le même cheminement spirituel et sanitaire que les autres. Des différences plus notables sont visibles entre les individus pour qui le cheminement personnel n'est pas si important et chez ceux qui soulignent n'avoir aucune spiritualité mais pour qui le cheminement personnel est primordial et leur vécu en ce sens ne diffère pas de celui de ceux se disant plus spirituels ou catholiques pratiquants.

En fait, cinq personnes se disent catholiques pratiquantes ou relativement pratiquantes en spécifiant toutes que leur spiritualité englobe davantage d'éléments que ce qui est dicté par la religion catholique, avec laquelle ils ne sont pas toujours en accord. Ensuite, six personnes viennent quelque peu se lier à celles-ci, puisque même si elles affirment être catholiques non-pratiquantes, elles expliquent qu'elles se sont dissociées de cette religion mais qu'elles en ont gardé les valeurs fondamentales. Certaines d'entre elles diront croire encore en Dieu mais que leur spiritualité n'est pas liée à cette religion. Une autre dira qu'elle est plus ou moins pratiquante et que sa spiritualité est quelque peu liée à cette religion mais pas outre mesure, et

une autre dira qu'elle n'a pas de spiritualité, qu'elle ne croit pas en Dieu mais qu'elle a conservé les valeurs fondamentales de cette religion et même œuvré comme catéchète dans les écoles primaires lorsque ses enfants étaient petits, puisqu'elle croyait en ces valeurs. Ce qu'elle conteste, comme plusieurs autres participants, c'est le fait que certaines personnes catholiques pratiquantes ne lient pas leurs actions à ces valeurs et ces croyances religieuses. Une autre de ces personnes dira également :

Intervieweur : *Vous n'allez pas à l'église au quotidien, toutes les semaines, mais vous croyez encore à la religion catholique?*

Participante 1.2.4 : *Oui, une certaine croyance, il y a quelque chose mais pas davantage, ce n'est pas axé là-dessus. Peut-être parce que je vois des gens qui se disent croyants, qui disent qu'ils pratiquent parce qu'ils vont à des offices religieux, mais que je ne trouve pas qu'ils le mettent en pratique finalement dans leur vie, dans la façon d'agir avec les gens. Alors que j'ai ma propre idée là-dessus.*

Intervieweur : *Par contre, vous ne diriez pas que vous êtes laïque ou sans confession?*

Non (hésitation).

Intervieweur : *Il y a des principes de la religion catholique, des valeurs auxquelles vous croyez?*

Des valeurs, oui.

Intervieweur : *Est-ce que vous avez foi en Dieu?*

Qu'il a fait quelque chose oui (Soupir). Oui mais ce n'est pas un oui qui dit que je suis convaincue, mais oui qu'il a peut-être fait quelque chose.

Intervieweur : *C'est plutôt certaines valeurs, une certaine philosophie de vie?*

Oui.

Intervieweur : *Avez-vous une spiritualité et en quoi elle consiste?*

Participante 2. 3.1 : *Non, pas vraiment. Non, je suis athée. [...].*

Intervieweur : *Si non, considérez-vous que vous avez une morale qui vous guide au quotidien?*

Oui bien il faut être gentil avec le monde, comment dire... Je sortais avec un gars, lui il était « unitarian »⁵⁸, leur église c'est une maison où ils se rejoignent le dimanche. C'est une habitude là mais tout le monde, peu importe la religion ou la spiritualité, pouvaient y aller. Mon « ex », il était athée comme moi mais il y avait du monde qui pouvait être musulman, chrétien, agnostique, même Wicca. [...]. C'est juste de pratiquer le bon sens, être gentil avec son voisin, être une bonne personne dans sa vie. Je ne me suis jamais jointe à leur église mais je pratique les mêmes principes [...].

Enfin, à la lumière de notre analyse, nous croyons devoir sortir de cette séparation accessoire entre ceux qui affirment être catholiques pratiquants et ceux qui affirment être catholiques non-pratiquants, voire athées ou sans religion, puisque nous remarquons, à quelques nuances près, qu'ils contestent les mêmes éléments de la religion catholique, voire l'attitude de certains croyants. De plus, leur vécu spirituel est relativement semblable, en ce sens qu'il demeure un construit individuel mais d'intensité et d'importance variables. On peut même remarquer des points communs très importants entre les individus se disant athées, agnostiques ou autres, disant avoir une spiritualité, et ceux se disant catholiques non-pratiquants et pratiquants puisque, peu importe le lien à la religion catholique ici la construction de la spiritualité à son image, l'importance de l'expérience personnelle et de l'incarnation de la spiritualité dans nos actions quotidiennes ainsi que l'importance de la relation à soi et à l'autre et au fait de ne pas adhérer complètement à une doctrine plus qu'à une autre, demeurent des notions faisant partie de chacun de ces vécus. Ce qui peut sembler étonnant, de prime à bord, c'est que les individus nomment différemment des expériences et des vécus semblables liés à la religion, à la spiritualité ou à leur intériorité, faute d'une expression pour décrire ce vécu qui serait exempté de toutes connotations négatives à leurs yeux. En fait, nous remarquons effectivement que les mots spiritualité et cheminement

⁵⁸ Unitarian Universaliste Church.

personnel, empreints pour certains d'une connotation négative, font en sorte de fausser les données d'analyse, puisque nous pourrions y voir une séparation réelle entre les individus disant ne pas avoir de spiritualité et les autres, ainsi qu'entre ceux qui prétendent ne pas croire au cheminement personnel et les autres. Or, ce n'est pas le cas. Leurs vécus et leurs explications de l'immaîtrisable, de la mort, de la souffrance et de la vie en général sont étroitement liés. Ces individus ont un vécu intérieur, nommons-le ainsi puisque certains affirment ne pas avoir de spiritualité, semblable, sinon identique, suivant les mêmes règles de sociabilité liées à la responsabilisation individuelle et à l'éloge de la santé, ainsi qu'à l'attitude positive et à la prise en charge personnelle qui s'y rattachent.

Afin de démontrer comment nous en arrivons à cette observation d'homogénéité liée aux vécus de la santé et de la spiritualité de ce groupe en apparence hétéroclite, nous allons analyser les réponses des participants en ce qui concerne leur explication du cheminement personnel et de leur spiritualité ou philosophie de vie. Nous pouvons d'ailleurs mentionner d'entrée de jeu que ce qui différenciera davantage les individus par rapport aux vécus de la santé et de la spiritualité est leur vision du cheminement personnel ainsi que l'intensité de leur construit spirituel ou philosophique. Plus ce construit est complexe, plus la représentation de la santé ainsi que son vécu le deviennent également. Ce qui démontre bien comment ces deux éléments sont clairement imbriqués l'un dans l'autre. Précisons tout de même quelques éléments liés aux six participants affirmant ne pas avoir de spiritualité. Soulignons que pour quatre d'entre eux, le cheminement personnel est très important bien qu'une de ces personnes dise ne pas aimer ce terme; elle dira tout de même que tout part de soi. Enfin, deux de ces participants diront qu'ils n'ont pas de spiritualité puisque cela part d'eux essentiellement. En fait, ceci n'est pas différent des propos des autres participants qui affirment avoir une spiritualité puisqu'ils la définissent souvent comme en dehors de tout dogme établi, qu'il soit religieux ou *New Age*, par exemple. Une personne dira qu'elle s'inspire de sa mère qui avait des croyances *New Age* liées aux anges gardiens, mais sans y croire. Elle a récupéré le fait d'avoir une vision positive et d'être positive en général dans son existence pour s'en faire une philosophie de vie en laquelle elle croit, par l'expérience et les réels résultats que cette attitude apporte dans son existence au quotidien. En ce sens, elle ne s'éloigne pas de l'objectif de plusieurs autres participants qui est de se construire une spiritualité (ou une philosophie de vie) à son image et de la vérifier et de la lier à leur vécu. En fait, nous remarquons chez certaines personnes que la spiritualité est parfois perçue comme un dogme ou une adhésion à des croyances religieuses précises, ce qui fait qu'elles sont réticentes à employer ce terme,

contrairement à d'autres pour qui la spiritualité représente la liberté des croyances ou une croyance plus personnalisée. Quoi qu'il en soit, comme nous venons de le mentionner, leur vécu spirituel ou philosophique, puisqu'elles n'emploient pas le terme de spiritualité, est semblable à celui des autres personnes interrogées affirmant avoir une spiritualité. Enfin, une personne dira tout simplement qu'elle n'arrive pas à définir clairement cet élément :

Intervieweur : *Avez-vous une spiritualité et en quoi elle consiste?*

Participante 1.2.3 : *J'ai de la difficulté à définir ce que c'est exactement. Ce n'est pas la religion mais c'est... Est-ce que je crois à quelque chose d'autre? Je ne sais pas. [...]. C'est plus une morale, une façon de vivre, de penser.*

Intervieweur : *Puis, ça consiste en quoi, qui l'inspire, qui la nourrit? Ça vient d'où? Où le prenez-vous?*

Bien, c'est sûr que c'est notre histoire, de la naissance jusqu'à maintenant. J'ai été élevé avec des parents qui étaient très croyants, j'ai même un frère qui est père dominicain. Donc, c'est ça. Mais j'ai fait beaucoup de lectures sur le bien-être, j'aime ça parce que c'est rendu comme un « dada ». Surtout à un certain âge, on cherche, on cherche le bonheur, le bien-être. Mais je pense que j'ai compris qu'on ne le trouvera jamais. Donc, c'est ça. C'est plus une façon d'être, de penser et puis essayer d'être le plus zen possible.

Intervieweur : *C'est ce qui vous apaise et vous apporte des réponses au quotidien?*

Ça m'apaise? Je n'ai pas vraiment de réponses. Je suis une éternelle... à la quête éternelle du bonheur et du bien-être.

Cette ambiguïté dans la définition de ce qu'est la spiritualité est une récurrence, même chez certains qui affirment en avoir une. Tout comme définir son rapport à sa confession est loin d'être simple. En fait, le rapport entre la religion, la spiritualité et l'identité personnelle n'est pas aisé à définir, et ce pour l'ensemble de nos participants. Dans cette dernière citation se trouve également mentionné le fait que cette participante n'a pas de réponses. Ce point est très important dans notre analyse et se veut commun à l'ensemble des participants, peu importe

que l'on affirme avoir une spiritualité ou non ou adhérer à une religion. Il semble que cette spiritualité aide davantage à vivre au quotidien, comme un outil, plutôt qu'un élément apportant des réponses lorsqu'il s'agit d'expliquer la mort ou la souffrance, par exemple. C'est donc en analysant le discours des participants en ce qui concerne leurs représentations de la mort, de la souffrance et de ce qui est immaîtrisable que l'homogénéité des vécus et des visions deviendra claire. De plus, ce qui demeure au cœur de toutes les croyances est l'importance de travailler sur soi. C'est le point de départ d'où, par la suite, certains prendront des directions différentes.

2. Cheminement personnel et spiritualité : l'intériorité responsable

À la lumière de notre analyse, nous observons que l'identité spirituelle des participants est floue et que la spiritualité, le rapport à la religion si cela s'applique et le fait d'expliquer ce qu'est la spiritualité est particulièrement fastidieux pour les participants. Ce qui fait qu'il est très difficile pour nous de classer les participants ou d'analyser leurs vécus en fonction des catégories accessoires. Nous avons donc ouvert ces frontières entre les individus catholiques pratiquants et non-pratiquants, ainsi qu'athées, agnostiques ou autres, ce qui nous a permis de déceler une homogénéité certaine entre tous ces vécus liés à la santé et à la spiritualité ou à une certaine forme d'intériorité considérée comme le cœur de la spiritualité pour certains participants, ou encore, comme le cœur de leur philosophie de vie. C'est pourquoi nous avons finalement nommé cette nouvelle spiritualité liée au vécu de la santé : la voie de l'intériorité responsable. Elle représente le lien indéniable dans notre société entre le vécu de la santé, agissant comme guide et influençant clairement la construction des identités individuelles, et le vécu spirituel ou intérieur, outillant les individus face à l'existence au-delà de la construction identitaire individuelle. Ici, le rôle de la spiritualité n'est pas tant dans la construction de l'identité de l'individu mais dans celui de maintenir cette cohérence d'une identité forgée d'abord sur l'éloge de la santé, la santé globale : physique, psychologique, sociale et spirituelle.

L'identité spirituelle ou religieuse est parfois plus qu'imprécise, elle est inexistante. L'identité valable socialement pour les participants est unanimement liée à cette représentation de la santé et, dans ce contexte, la spiritualité ou l'intériorité devient une partie intégrante et

indispensable à cette construction identitaire, mais sans en englober l'essence. En fait, la spiritualité existe sous plusieurs formes ou sous couvert de plusieurs explications et utilités existentielles qui unissent les participants, mais elle appartient à l'intimité de l'individu et à ce qui constitue l'intériorité de la personne, tandis que la santé est davantage liée à ce qui constitue l'identité et toute la sociabilité de l'individu : l'extérieur. Dans ce contexte, la santé et la spiritualité ne peuvent que s'unir puisque, d'un côté, la santé ne peut prétendre remplacer l'aspect spirituel ou religieux lié à toute intimité, ainsi que devenir une religion comme telle qui soit totalement indépendante et, d'un autre côté, la spiritualité ou la religion n'a plus le même poids en ce qui concerne la construction de l'identité sociale aujourd'hui. Selon notre analyse, c'est l'institutionnalisation de la santé qui a récupéré cette partie lors de l'éclatement du religieux. C'est pourquoi, santé et spiritualité marchent dorénavant ensemble.

Mais alors, comment cette réflexion prend-elle forme dans l'analyse des entretiens des participants? D'abord, nous observons qu'en lien avec les questions mentionnées plus haut, toutes les réponses des participants vont diverger à partir de ce qui relève de soi et de son intériorité et ce qui relève de ce qui est extérieur à soi et hors de son contrôle. Nous allons remarquer également qu'entre le cheminement personnel et la spiritualité, un lien est clair. Ce qui fait en sorte que les individus ayant répondu n'avoir aucune spiritualité mais plutôt une philosophie de vie qu'ils construisent également hors de tout dogmatisme et plutôt par rapport à eux-mêmes et à leurs aspirations et inspirations, vont avoir un cheminement semblable et des réponses semblables aux autres participants lorsqu'il sera question d'expliquer la mort, la souffrance ainsi que l'immaîtrisable. De plus, leurs manières de gérer l'adversité et ce qui est hors de leur contrôle seront également similaires. Nous avons bien un groupe homogène à cet effet, mais nous le répétons, comme la spiritualité demeure un élément lié à l'intimité de chacun, il y a une infinité de définitions et de représentations possibles. C'est donc dans le cheminement et les actions concrètes des individus face à l'existence ainsi qu'à leurs représentations d'autres éléments comme la mort et la souffrance que nous pouvons déceler cette unité, mais aucunement dans la définition de leur spiritualité, mis à part le fait que toutes spiritualités ou philosophies de vie confondues sont toujours perçues comme extérieures à toutes formes d'institutions religieuses ou doctrines spirituelles ou religieuses. La nouvelle spiritualité associée au vécu de la santé, la voie de l'intériorité responsable, correspond à une intériorité sans frontières qui, au-delà du butinage et du bricolage, relève davantage d'un métissage entre différentes visions, représentations et perceptions de la spiritualité et de la santé qui sont présentes dans plusieurs sociétés occidentales contemporaines. Mais loin de

voir apparaître des métissages personnalisés et isolés les uns des autres, nous voyons que ces métissages suivent une certaine ligne associée à des logiques de socialisation bien précises ainsi qu'à une culture particulière. Cette homogénéité nous renvoie donc clairement au fait qu'au-delà ou en deçà des cheminements individuels liés, notamment, à la spiritualité, se cachent des règles sociales communes dictant en partie ces conduites. Nous verrons également que l'affirmation selon laquelle les Occidentaux contemporains ne sont pas engagés et individualistes, ce pourquoi ils n'adhèrent ou ne peuvent adhérer à aucune religion ou dogme, est très critiquable. Les individus interrogés sont bel et bien engagés envers cette intériorité et cette responsabilité individuelle liée à la santé. Butiner devient une logique implacable, davantage dictée de l'extérieur : tout individu doit travailler sur lui-même, sinon il risque la marginalisation, rien de moins. Il doit trouver sa vérité et non calquer celle d'une religion ou d'autres idéologies ou philosophies sur son existence.

2.1 La spiritualité : un engagement intérieur

D'abord, bien que la spiritualité soit plutôt difficile à définir, nous décelons plusieurs ressemblances entre les diverses explications des participants. Soulignons que parmi les six personnes ayant répondu ne pas avoir de spiritualité, deux d'entre elles, paradoxalement, ont une explication de ce à quoi la spiritualité pourrait tout de même consister dans leur existence. Pour ce qui est des quatre autres personnes sans spiritualité, bien qu'elles ne définissent pas ce en quoi pourrait consister la spiritualité dans leur existence puisqu'elles parlent davantage de leur philosophie de vie, elles se retrouvent particulièrement liées aux autres participants en ce qui concerne leurs représentations du cheminement personnel et de son utilité dans leur existence. En fait, nous avons clairement observé que les différentes réponses données en ce qui concerne la spiritualité et le cheminement personnel concordent. Cela fera qu'au final ces personnes n'auront pas un cheminement différent des autres participants en ce qui concerne les stratégies déployées pour contrer l'adversité, faire face aux situations, être en santé, être mieux avec soi, etc. La différence est plutôt dans la manière de nommer les choses et dans les connotations que certaines personnes attribuent à la spiritualité ou au cheminement personnel. Par exemple, une de ces quatre personnes dit ne pas aimer le terme cheminement personnel et même avoir un *blocage* par rapport à ça, bien que l'on remarque clairement tout au long de l'entretien que cheminer et s'analyser est capital pour cette personne. En fait, pour elle, le cheminement personnel est associé à regarder dans le passé, alors qu'elle veut regarder en

avant. Et en ce sens, elle est donc très loin d'être différente de l'ensemble des autres participants sur ce point. C'est pourquoi nous avons dirigé notre attention, dans cette analyse, sur le vécu global des individus puisque, malgré certaines représentations différentes de la spiritualité ou du cheminement personnel et certaines nuances entre les participants, ce vécu ne diffère pas entre eux sur le plan de l'importance de la voie de l'intériorité responsable dans leur existence.

Alors en quoi consiste cette spiritualité pour les vingt-deux participants ayant répondu à cette question? En premier lieu, ce sont les éléments de réponse liés à l'intériorité des individus qui ressortent clairement : trois personnes parleront d'un état d'être et trois autres d'une forme de conscience (ce qui revient également chez plusieurs participants en réponse à d'autres questions liées à la santé, par exemple être plus conscient par rapport à soi et adopter l'attitude juste liée à la représentation d'une santé globale) et neuf diront que leur spiritualité est liée au yoga, à la méditation, à l'énergie, à une autre vision du corps ou clairement qu'elle est directement liée au travail intérieur (six). En fait, neuf personnes diront que le cheminement personnel et la spiritualité sont unis, comme le participant 1.3.3 qui mentionne qu'il travaille sur sa sérénité, la participante 2.1.1 qui dira que *la spiritualité et le cheminement personnel c'est la même chose* et le participant 1.1.1 qui dira que son cheminement personnel consiste à *trouver le divin en soi*. En fait, à des degrés divers, tous les participants ont parlé, au cours de l'entretien, du fait que tout part de soi. Spiritualité, intériorité, cheminement personnel, travail sur soi et responsabilité par rapport à sa santé sont totalement imbriqués, nous le démontrerons davantage ultérieurement.

Mais, en ce qui concerne les définitions de la spiritualité, nous venons d'énoncer les réponses associées davantage à l'intériorité de l'individu mais certaines réponses sont, quant à elles, en lien avec l'extérieur ou en lien avec quelque chose de plus grand que soi, et non seulement axées sur l'intériorité. Par exemple, cinq personnes disent faire certaines prières, soit le matin ou le soir. Elles remercient et parfois demandent certaines choses. En fait, sept personnes affirment croire en Dieu (cinq de ces personnes sont catholiques non-pratiquantes), six croient en une force supérieure, trois au mystère de la vie et six personnes ressentent une forme de spiritualité au contact de la nature, ce qui correspond pour elles à les mettre également en contact avec *quelque chose* qui les dépasse. La spiritualité consiste donc, dans la majorité des cas, à un métissage entre travail sur soi, intériorité et contact avec *quelque chose* de plus grand que soi. Toutefois, il est à souligner que pour quelques individus interrogés, l'intériorité

et la responsabilisation personnelle l'emportent sur le plus grand que soi, alors que croire en quelque chose qui nous dépasse ne l'emporte jamais sur l'intériorité. Le lien entre la spiritualité et l'intériorité est toujours vrai, ce qui n'est pas le cas lorsqu'il est question de croire en quelque chose qui nous dépasse. Nous y reviendrons, mais à ce stade, le lien entre l'intériorité et la spiritualité est clair et unanime et pour ceux qui sont sans spiritualité, ceci s'avère tout aussi clair lorsqu'il est question du cheminement personnel. En fait, ce n'est pas le lien entre la spiritualité et l'intériorité qui sera clair, puisqu'ils ont affirmé ne pas avoir de spiritualité, c'est leur vécu par rapport à eux-mêmes et à cette intériorité qui devient similaire au parcours des individus affirmant avoir une spiritualité.

En fait, nous remarquons plusieurs ressemblances entre la question de savoir en quoi consiste la spiritualité des individus interrogés et la question de savoir comment les individus cheminent personnellement, puisque pour vingt personnes le cheminement personnel est très important. Et sur les six personnes ayant répondu que le cheminement personnel était peu ou pas important dans leur existence, nous noterons seulement des différences notables entre le vécu de ces personnes et les autres que chez deux d'entre elles (1.2.2 et 2.2.1). Ces deux personnes sont également les mêmes qui ont répondu axer davantage leurs préoccupations sanitaires vers la dimension physique. Elles ne sont pas totalement différentes, mais on observe une intensité plus faible de la voie de l'intériorité responsable dans leur existence. En ce qui concerne les quatre autres personnes, leur cheminement est semblable à celui des autres participants, elles ont tout simplement des difficultés avec le terme cheminement personnel, ou encore, elles souhaitent y apporter certaines nuances. L'importance de cheminer et de travailler sur soi demeure tout de même notable pour elles mais, parfois, avec un certain bémol quant au niveau de responsabilisation individuelle par rapport à soi et aux événements de la vie :

Intervieweur : *Accordez-vous de l'importance au cheminement personnel, travail sur soi, quête de soi, épanouissement personnel?*

Participante 2.1.2 : *J'ai trippé là-dessus longtemps, à lire toutes sortes de livres de croissance personnelle, à aller à des conférences tout ça, maintenant c'est terminé ça. Ha oui!*

Intervieweur : *Donc maintenant ce n'est plus important pour vous?*

Ce n'est plus important parce que j'ai atteint une certaine sérénité, je dirais et je fais ce que je peux du mieux que je peux, point final (rires).

Intervieweur : *Donc avant vous ressentiez plus une quête à ce niveau-là ?*

C'était une quête, oui, mais je me rends compte avec le recule que c'était beaucoup plus... Ce n'était pas profond. C'était plus une quête d'informations que de désir profond de changer quelque chose. C'est ce que je vois.

Intervieweur : *Et maintenant ce que vous faites, est-ce que vous estimez que c'est plus en profondeur?*

Non, j'ai laissé aller les choses tout simplement.

Intervieweur : *Comme un lâcher-prise?*

Un lâcher prise et, comme je disais, j'ai atteint une certaine sérénité et c'est bien comme ça. Je suis relativement bien dans ma peau et on arrête ça là.

Participante 1.3.5 : *Oui et non. J'y accorde de l'importance, mais dans la mesure où ça ne devient pas une forme d'auto-évaluation. C'est parce que l'on peut devenir... À un moment donné, j'ai eu une période au cégep où je lisais beaucoup de livres sur le cheminement personnel et tout ça, puis moi je pense toujours, ce qui fait qu'à un moment donné ça ne me faisait pas de bien parce qu'à force de lire tu as toujours des problèmes à régler, de sorte que pour moi, ce n'était pas toujours nécessaire. Mon auto-analyse je l'ai fait, je me vois aller au quotidien. Des fois, je me pose des questions, ça je le fais mais pas outre mesure. Gratter pour aller gratter pour découvrir quand ce n'est pas nécessaire, quand ça ne vient pas spontanément... Je suis ouverte à ça, ce n'est pas que je suis fermée à ça, mais je pense que ça peut devenir une forme de conscience de soi, mais basée sur des manques. Je ne sais pas comment l'expliquer mais tout le monde a toujours un chakra de débalancé à un moment donné, on a toujours fait partie d'un tel type de personnalité tout ça, mais je crois que ça fait partie de la vie. C'est une question d'équilibre. Aussi, il faut relativiser, il y a du bon dans tout ça, ça c'est clair, moi-même j'en prends des*

morceaux ici et là mais j'en reviens, là. Je prends ce qui me convient et le reste, si je sens que ce n'est pas nécessaire, bien je le laisse.

Ces deux personnes croient au cheminement personnel, mais elles évoquent un point que nous avons soulevé dans notre hypothèse de départ, à savoir que parfois l'obsession de la santé parfaite pourrait devenir nuisible pour les individus qui ne peuvent cesser de travailler sur eux-mêmes, ce qui deviendrait une réelle obsession. Nous n'avons pas remarqué de cas extrêmes à cet effet, ici, quoique chez la majorité des hommes interrogés, les notions de santé et d'engagement à travailler sur soi semblent plus prenantes que pour les femmes, mais ils affirment tous que c'est loin de leur nuire. Nous y reviendrons lorsque nous expliquerons les différences que nous observons entre les sexes.

Maintenant, si nous superposons les questions liées au cheminement personnel et à la spiritualité, nous pouvons déceler d'emblée que ces deux catégories sont très imbriquées dans le vécu des participants. En fait, nous avons déjà mentionné en quoi consiste la spiritualité des individus qui affirment en avoir une et nous allons maintenant superposer à ces informations la question de savoir comment ils travaillent sur eux-mêmes, puisque tous les individus interrogés ont affirmé qu'ils travaillaient sur eux-mêmes, particulièrement en ce qui concerne différents aspects de la santé (physique, psychologique, spirituel et social). Alors, comment les participants travaillent-ils sur eux-mêmes ou cheminent-ils personnellement?

Pour ceux qui ont répondu que le cheminement personnel était important, le travail sur soi passe par une intériorisation qui rejoint les réponses que les participants ont déjà données lorsqu'il était question de définir leur spiritualité : neuf personnes mentionnent qu'elles cheminent en faisant du yoga, de la méditation, ou encore de la danse, une personne parlera du théâtre, cinq diront essayer d'être constamment en accord avec soi et trois diront que c'est en faisant des activités ou en ayant un emploi qu'elles aiment (rappelons-nous que ceci est vrai pour plusieurs participants qui mentionnaient que c'était très important de faire ce que l'on aimait et donc de ne pas faire de la santé un devoir), six participants mentionnent faire des lectures, six autres mentionnent qu'il est important de s'exprimer, soit seul sur papier ou avec d'autres, six diront faire des psychothérapies et trois diront aller à des conférences sur la santé ou à des ateliers de croissance personnelle. Ce que nous remarquons, c'est que le travail sur soi passe vraiment par un travail pour mieux se connaître et suivre sa voie.

Ce travail sur soi s'associe parfaitement au volet intérieur de la spiritualité définie précédemment par les participants, ainsi qu'aux réponses relatives au vécu de la santé. La seule réponse liée à l'extérieur est dans l'expression aux autres de nos émotions, mécontentements ou autres, mais cela demeure en rapport avec nous-mêmes. Toutes les personnes interrogées se retrouvent, ici, en superposant ces deux questionnements en lien avec la spiritualité et le travail sur soi ou le cheminement personnel, mis à part nos deux individus ayant répondu que le cheminement personnel n'était pas important pour eux. Nous y reviendrons à la suite, mais nous terminerons d'abord ce jeu de superpositions en liant les réponses des participants aux deux questions suivantes : à quoi sert la spiritualité dans votre vie ou à quels besoins elle répond? Et à quoi sert le cheminement personnel dans votre vie ou à quels besoins il répond?

D'abord, nous séparerons encore une fois les réponses entre ce qui relève d'utilités liées aux éléments extérieurs à son existence et celles liées aux éléments qui relèvent de l'intériorité des individus. Ce qui est intéressant de souligner ici c'est que bien que six personnes aient répondu ne pas avoir de spiritualité ou avoir de la difficulté avec ce terme, tous, ont répondu à cette question puisqu'ils pouvaient également parler plutôt de leur philosophie de vie, s'ils étaient plus à l'aise avec ce terme. Quoi qu'il en soit, ceci fera en sorte que nos vingt-six participants se retrouvent liés dans ces différentes réponses par des voies semblables d'utilisation de la spiritualité ou de la philosophie de vie dans leur existence. Ce qui confirme le fait que bien que certaines personnes puissent affirmer ne pas avoir de spiritualité, il ne s'agit parfois, dans les faits, que d'un malaise avec le terme comme tel. Ce qui diffère, c'est le fait de parler d'une philosophie de vie plutôt que d'une spiritualité. Nous remarquons donc que dix-sept personnes lient l'utilité de la spiritualité ou de leur philosophie de vie à certains éléments extérieurs à leur existence : pour huit personnes, la spiritualité leur donne des valeurs et guides certaines de leurs actions particulièrement en ce qui concerne leur rapport aux autres, cinq personnes mentionnent également que cela les aide à devenir une meilleure personne dans leur rapport avec les autres et six parleront d'améliorer leur conscience (par rapport à soi et aux autres).

Ensuite, vingt-trois personnes mentionnent des utilités liées davantage à leur intériorité : neuf personnes diront que leur spiritualité ou leur philosophie de vie les aide à se situer par rapport à elles-mêmes, à se réaliser, à se comprendre, à se centrer sur leurs besoins, à avoir une bonne estime d'elles-mêmes et à être bien dans leur peau; dix-neuf personnes parleront de la

spiritualité clairement comme d'un outil qui les aide à faire face aux situations difficiles. Plus précisément, sept personnes diront que la spiritualité les aide à modifier leur manière de penser, à lâcher prise et à accepter davantage ce qui est, douze mentionnent le fait que la spiritualité les aide à se sentir bien et apaise les tensions ou atténue leurs angoisses et, finalement, huit personnes y trouvent un soutien au quotidien. Soulignons également que deux personnes mentionnent le fait que leur spiritualité les aide à prévenir la maladie. Toutefois, encore une fois, nous pourrions rattacher cette inquiétude ou cette idée sous-jacente au fait de prévenir la maladie en étant attentif à soi, à ses besoins, faire des choses que l'on aime, etc. C'est pourquoi les vécus de la santé et de la spiritualité sont très imbriqués chez les participants. Il est même difficile pour nous, au terme de cette analyse, de mettre en lumière simplement le vécu isolé de la spiritualité de chacun, c'est-à-dire séparé de l'aspiration ou de la représentation de la santé qui influence indéniablement le parcours spirituel et philosophique des individus interrogés. C'est pourquoi, nous remarquons clairement que la spiritualité joue un rôle qui est davantage celui d'un outil aidant à mieux vivre que d'un générateur de sens. Le sens est généré clairement par cette représentation forte d'une santé liée au fait de se réaliser, d'être autonome, d'avoir les moyens de ses ambitions, voire, de découvrir tout son potentiel. La spiritualité aide à la réalisation de ces aspirations, elle devient ainsi un outil par excellence au service de la réalisation de la santé globale. En ce sens, nous n'avons aucune surprise de constater que la spiritualité et le cheminement personnel des individus sont clairement liés.

Effectivement, lorsque nous superposons maintenant les questions liées à l'utilité de la spiritualité ou de la philosophie de vie et celles liées à l'utilité du cheminement personnel et du travail sur soi, nous observons les mêmes réponses, à une différence près; huit personnes énumèrent des éléments liés à l'extérieur, soit accepter ce qui est, mieux agir avec les autres et mieux analyser les situations. Ensuite, seize personnes se servent de leur cheminement personnel pour être bien avec elles-mêmes, répondre à leurs besoins et être à leur écoute et neuf personnes cherchent à mieux se comprendre (nous observons tout au long des entretiens que la majorité des participants analysent leurs vécus, leurs actions, leurs émotions, bref se scrutent un peu à la loupe). Finalement, six personnes parleront du développement de leur plein potentiel et trois du contrôle de leur conscience. En fait, c'est dans ces derniers éléments que nous observons une légère différence entre le rôle de la spiritualité et celui du cheminement personnel, puisque tous les autres éléments se retrouvent également dans ceux énoncés en ce qui concerne l'utilité de la spiritualité ou de la philosophie de vie. Le

cheminement personnel n'agit pas comme soutien, ce qui peut soutenir certaines personnes vis-à-vis de l'altérité ou autres circonstances, c'est la spiritualité, entendue comme quelque chose de plus grand que soi. Toutefois, bien que le fait de développer son plein potentiel soit une réponse donnée en lien avec l'utilité du cheminement personnel, nous ne pouvons le séparer de la spiritualité, puisque certaines personnes parlent de *trouver le divin en soi* ou d'en arriver à un état de *grande santé* où finalement rien ne pourrait nous affecter, aucune souffrance. En fait, ce n'est pas tant la différence entre la spiritualité et le cheminement personnel qui serait en cause ici, mais une manière de se représenter la spiritualité comme étant soit directement liée à soi, soit davantage liée à quelque chose de plus grand que soi, le Soi avec un « s » majuscule. Serge Rochon, psychosociologue, parle bien de cette différence dans son livre *Solitudes en nature. Regards sur les quêtes contemporaines de vision*: « Il ne faut pas confondre la réalisation de soi dans le monde et la réalisation du Soi. » (2011 : 185). Il citera Marie-Louise von Franz⁵⁹ pour illustrer ce fait :

On sait que le processus d'individuation est devenir soi-même, c'est-à-dire actualiser le Soi transpersonnel, donner naissance au dieu intérieur, ce qui est une tâche cachée, difficile et souvent pénible; cela n'a rien à voir avec un repli égotique, une ambition quelconque, et ne consiste pas non plus à vivre heureux dans un jardin d'enfants [...], et cependant cette attitude fausse a toujours tendance à renaître. Combien de gens confondent réalisation du Soi et épanouissement du moi! (2011 : 185).

En fait, dans le cadre de notre thèse, cette différence est très importante, notamment en ce qui concerne la responsabilisation individuelle. Nous verrons, en conclusion à cette deuxième partie de la thèse, que plus la spiritualité demeure dans le soi, plus elle peut devenir contraignante, voire un poids supplémentaire, puisqu'il faut constamment travailler sur soi. De plus, nous voyons apparaître également une représentation de la spiritualité, particulièrement masculine, qui nous permettrait d'acquérir une force pratiquement divine, un potentiel caché à exploiter dans notre existence pour assouvir toutes formes de désirs ou, pour employer les termes des participants, de *projets personnels*. Selon cette vision, il n'y aurait aucune limite, à part celle que nous nous imposons nous-mêmes :

⁵⁹ VON FRANZ, Marie-Louise. *La voie de l'individuation dans les contes de fées*, Paris, La Fontaine de Pierre, 1978, 300p.

Participant 1.1.3 : *Ce qui fait que, d'après moi, on a autant de pouvoir que lui (Dieu) dans le sens que le pouvoir que l'on donne à Dieu, c'est du pouvoir que l'on s'enlève, que l'on ne s'approprie pas.*

Intervieweur : *Qui nous limite?*

Qui nous limite. Si on s'approprie Dieu parce que l'on est, nous aussi, des dieux en quelque sorte dans le sens que l'on est vivant, on a cette énergie-là, ce potentiel-là en nous, nous ne sommes pas limités à aucun niveau d'après moi, c'est juste nous qui nous limite.

Intervieweur : *Par notre mental?*

Oui.

Intervieweur : *Quelles actions entreprenez-vous à cet effet (prévention, sports, consultations diverses comme des psychothérapies, médicaments, spiritualité, etc.)?*

Participant 1.3.3 : *[...]. Si on parle des autres volets, j'ai d'autres objectifs aussi à 50 ans. Une deuxième carrière, des choses comme ça. Ce qui fait que je travaille beaucoup, beaucoup: lectures, croissance personnelle, des volets de ma personnalité que je veux développer. [...]. Ce qui fait que ça, c'est le volet, admettons mental, que je travaille fort là-dessus, sur ce côté-là. Le volet spirituel, je le rentre tranquillement, je ne sais pas jusqu'où il va être là et, du côté croissance, j'ai des mentors qui en parlent beaucoup (de spiritualité) et, au début, je ne comprenais pas pourquoi les gens qui sont millionnaires tu les entends parler et Dieu est toujours quelque part. Si ces gens-là, que j'admire, ils parlent tout le temps de ça, tous les jours, bien il y a une raison. Faut que je la découvre tranquillement. Je la découvre par des cassettes, des cours, des conférences, je suis branché sur un volet des entrepreneurs qui se développent et ce sont des gens que j'admire beaucoup et ce sont des gens qui font des CD, des conférences que j'écoute souvent. Dans deux heures de conférence, tu vas avoir un trois minutes de spiritualité quelque part. [...]. J'admire beaucoup ces gens-là, ils ont tout dans la vie, ils ont réussi financièrement, ils ont une belle vie, ils n'ont*

pas juste quatre divorces [...] il y a un tout, et en même temps il y a un Dieu quelque part, présent là-dedans. Il y a une super humilité.

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

Oui, bien déjà comme je te dis d'avoir l'idée que je vais vivre jusqu'à 100 ans. Ça a changé ma vie, ça c'est déjà un point. [...]. Juste ça, ça fait toute la différence dans ma qualité de vie, dans ce qui me reste à vivre, dans l'énergie que je peux dégager de comment je vais prendre soin autant de mon mental, de ma croissance personnelle, de ma santé physique. Ce n'est pas parce que je suis rendu à 65 ans que c'est normal que j'aie un petit bobo.

Intervieweur : *C'est un état d'être?*

C'est un état d'être et c'est important juste ça, ça vient de complètement changer mon approche de ce qui s'en vient dans les cinquante prochaines années, pas à chaque dix ans me dire bien là il ne m'en reste plus beaucoup [...] donc juste ça, pour ma qualité de vie et ma santé, tu viens de changer un « minding » complètement là. Ça j'y crois vraiment là [...] moi je le dis, moi je vais vivre jusqu'à 95 ou 100 ans et en santé, je le dégage et les gens sont comme surpris. Tu es la deuxième personne à qui je dis que je veux faire un voyage sur la lune.

Intervieweur : *Avez-vous une spiritualité et en quoi elle consiste?*

Participant 1.3.4 : *Je dirais oui mais c'est un peu difficile de la définir parce qu'elle est floue. Elle fait partie de toute la recherche que j'ai par rapport à ça, par rapport au fait que je me dise agnostique. Je ne sais pas s'il y a quelque chose ou pas et, oui, pour l'instant je suis en train de lire sur la spiritualité hawaïenne du Ho'Opiono. [...]. C'est de Joe Vitale⁶⁰, zéro limite. C'est le fait de prendre la responsabilité de tout ce qui arrive et d'essayer de faire des nettoyages spirituels, de se pardonner.*

⁶⁰ VITALE, Joe. 2008. *Zéro limite. Le programme secret hawaïen pour l'abondance, la santé, la paix et plus encore*, Éditions le Dauphin blanc, Québec.

Intervieweur : *Donc c'est lié à soi?*

Oui.

Intervieweur : *Au travail personnel?*

Oui.

Intervieweur : *Et ça, ça fait partie de votre spiritualité?*

Oui, plus le travail sur moi-même.

Intervieweur : *Est-ce que la maîtrise de votre état de santé vous aide à vous sentir en contrôle de votre existence?*

Oui, justement on n'en a pas encore parlé mais au mois d'août, je vais aller faire un stage, c'est la compagnie x. Le directeur de la compagnie est x qui avait écrit un livre qui s'appelle « Le secret d'un esprit millionnaire ». J'ai fait une première formation avec eux qui était de base et gratuite puis là, c'est le Warrior Training Camp, s'est apprendre à voir la pleine puissance que le mental peut avoir justement.

Intervieweur : *Donc pour se sentir plus en contrôle?*

Oui. Je m'attends à marcher sur des braises.

Intervieweur : *Donc la force mentale.*

Oui, le « no limits » quoi ou repousser les limites parce que le psychologique met énormément de limites au physique et ça je l'ai découvert [...].

Intervieweur : *Donc c'est la force mentale?*

La force du mental, oui.

Intervieweur : *Est-ce qu'elle joue un rôle (la spiritualité) dans la perception que vous avez de votre état de santé?*

Participant 1.3.1 : *J'ai de la misère à répondre à ça. [...] bien je suis en train de me rendre compte que [...] en faisant des choses pour être en santé ça va m'amener à être heureux. Je ne pars pas de ma spiritualité, en fait je pars de ma santé et je monte vers le haut. Je suis en train de me rendre compte que c'est en manipulant des petites affaires ou en changeant mon environnement où je suis, c'est ça qui va faire que je vais être heureux, que je vais être capable de vivre les valeurs que je veux vivre.*

Intervieweur : *Donc, en vous préoccupant de votre santé, c'est plutôt ça qui va aider votre vision spirituelle et vos valeurs, en étant bien finalement?*

C'est ça, ça va faire que le matin je me lève et je vais me sentir mieux. Je vais être plus heureux, plus confiant.

Intervieweur : *Donc ça part plus de la santé.*

Oui c'est ça.

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité?*

[...]

Intervieweur : *Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

Bien comme je le disais c'est un élément essentiel de notre santé. Il y a une partie de ma motivation dans la vie à continuer qui, ce n'est pas juste de ne pas avoir faim ou froid, je le sens qu'il y a quelque chose de plus, même si je travaillais juste pour ne pas avoir froid, je serais misérable, je chercherais quelque chose de plus naturellement. Ce qui fait que je ne vais pas essayer de le combattre, je vais juste essayer de voir où est-ce que ça me mène. Je vais essayer de prendre soin de ça,

l'aspect spiritualité ça me permet d'assouvir ce besoin-là. Comme la pyramide de Maslow⁶¹, le besoin d'accomplissement en haut pour moi la spiritualité ça va avec ça, m'accomplir [...].

Intervieweur : *Qu'est-ce que le bonheur représente pour vous?*

Participant 1.1.1 : *Mais je pense, dans le plus profond de moi, on est ici pour transcender certaines peurs et incarner le divin. [...]. Alors moi, j'ai trippé beaucoup sur les champignons magiques. Ça m'amenait dans un état spirituel. Moi. Il y en a qui vont être dans l'euphorie mais moi j'avais un lien avec l'herbe, avec l'arbre. Pour moi, la nature c'est important. Il y en a qui vont le vivre autrement mais j'étais en fusion. Pour moi c'est très spirituel. Mais j'ai réussi à toucher à cet état-là dans des ateliers. Encore là, c'est hors contexte. La drogue c'est un contexte, l'atelier c'est un contexte, mais je pourrais le vivre à n'importe quel moment à un moment donné c'est ça qui va arriver.*

Intervieweur : *C'est la recherche de cet état-là ?*

Oui.

Intervieweur : *Du divin en soi ?*

Oui. Et voilà!

Intervieweur : *Qu'est que la santé parfaite représente pour vous ?*

Bien encore là, santé veut dire, quand le monde en parle, absence de maladie. Mais dans ma vision à moi, santé parfaite veut dire, bien, c'est encore d'être dans le juste. [...].

Intervieweur : *Mais c'est aussi possible ?*

⁶¹ La pyramide de Maslow est une classification hiérarchique de différents besoins humains : besoins physiologiques, besoin de sécurité, besoin d'appartenance, besoin d'estime et, au plus haut de la pyramide, besoin de s'accomplir. Tiré du site Internet : http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8 (consulté le 20 janvier 2014).

Oui. Bien il y en a qui le sont, qui l'ont été. Le Christ, c'était ça. C'est juste que c'est mal compris, c'est mal expliqué.

À la suite de la lecture de ces cheminements et de ces visions que nous considérons ici comme plus extrêmes ou plus intenses que la moyenne des participants quant à leur vision de potentiel et du fameux *no limits* exprimé explicitement par certains, nous pouvons toutefois déceler clairement le lien entre la santé et la spiritualité ainsi que le lien entre la spiritualité et le cheminement personnel qui se retrouve chez tous les participants. Dans ces exemples nous pouvons observer que la spiritualité devient un moyen, non seulement pour se réaliser soi-même mais pour réaliser les aspirations de la santé globale dans son existence, l'incarner ici et maintenant. Nous le répétons, la santé et la spiritualité travaillent de concert dans le cheminement de tous les individus interrogés, même lorsque l'on ne parle pas de spiritualité mais plutôt d'une certaine philosophie de vie qui aura, tout compte fait, la même utilité dans l'existence des individus interrogés que pour ceux qui parlent de spiritualité. Se réaliser soi-même et réaliser les aspirations de la santé globale revient pour certains, donc, à incarner le divin dans leur existence. Ce qui rejoint ce que nous avons analysé plus haut comme une des tendances majeures chez tous les participants, qui est de lier leur spiritualité ou leur philosophie de vie à leurs actions et à leurs expériences. L'idée étant d'incarner, ici et maintenant, cette spiritualité ou cette philosophie de vie.

Ce que l'on observe de manière générale, c'est bien ce désir d'incarner le divin ou le juste et de devenir de meilleures personnes. C'est pourquoi, bien que pouvant être perçus comme narcissiques, les commentaires que nous venons de lire ne sont que le reflet d'un dilemme qui se retrouve chez la majorité des participants entre la réalisation de soi, qui est une règle de socialisation claire dans notre société, et la réalisation du Soi qui devient, par l'union du vécu de la santé à celui de la spiritualité, un outil qui permet à Narcisse de voir l'autre dans son propre reflet. En fait, si plusieurs personnes semblent confondre « réalisation du Soi et émancipation du moi », comme le mentionne Marie-Louise von Franz, c'est peut-être parce que ces deux attitudes doivent culturellement fonctionner de concert, ici. En ce sens que les règles sociales exigent une certaine émancipation du moi mais qui ne peut se réaliser sans la réalisation du Soi, c'est-à-dire sans aller au-delà du moi pour aller vers une meilleure compréhension de l'autre. D'ailleurs, derrière tous ces commentaires des participants expliquant de long en large leurs cheminements sanitaire et spirituel personnels, on trouve le désir d'améliorer leurs relations sociales, leurs qualités humaines ou encore, la conscience de

leurs liens avec tous les êtres vivants. Dans une culture où la responsabilité individuelle par rapport à soi est clairement une qualité suprême à acquérir, les commentaires suivants trouvent tout leur sens :

Intervieweur : *Donc (la spiritualité est) une expérience de quelque chose de plus grand?*

Participant 1.3.3 : *Oui, là on est ici en tant qu'individu, en tant qu'unité autonome si tu veux, mais c'est juste une illusion. Dans le sens que si j'arrêtais d'entrer en interaction, en relation avec le reste du monde, je m'anéantirais, je ne peux pas exister moi seul. Pour moi la spiritualité ou la recherche spirituelle, elle tourne autour de ça, à faire partie du tout, à me réintégrer au tout ou à faire en sorte que ce que je suis en tant qu'individu contribue ou marche dans le sens de l'unité. On parle souvent d'égo, essayer de me défaire des désirs personnels ou individuels, aller plus vers une approche globale. Je me suis rendu compte à travers ça qu'autant on peut vouloir se débarrasser de notre égo et de qui on est et tout ça, il y a beaucoup de recherche spirituelle qui tourne autour de ça, je me suis rendu compte que ça peut être quasiment une fausse route parce que la meilleure chose que l'on peut faire pour le monde, c'est prendre soin de nous-mêmes. C'est être bien avec nous-mêmes, parce que si l'on tourne toujours notre attention vers l'extérieur, vers les autres, et que l'on s'oublie, on devient quelqu'un de malsain, entre guillemets, envers nous-mêmes. [...].*

Intervieweur : *C'est pour ça que le cheminement personnel et la spiritualité, bien ...*

Ça va ensemble, oui. Je me suis rendu compte que plus je travaillais pour être mieux avec moi-même, mieux j'étais avec les autres et plus j'apportais des changements positifs dans mon entourage. Sans même travailler là-dessus.

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence? Si oui, comment et en quoi consiste ce sens, quel est-il?*

Participante 1.3.7 : *Oui, dans le sens où c'est probablement une tâche à faire. Je pense en ce moment à mon stage, j'arrive, je n'ai rien à faire, sauf que dans ta vie tu arrives et ce que tu as à faire c'est de prendre soin de ta santé. Donc, oui ça donne un sens,*

dans le sens que ça te donne quelque chose à faire. Il faut que tu prennes soin de toi et de ta santé pour être heureux.

Intervieweur : *Comme une morale, une ligne de conduite quelque chose qui te guide?*

Oui exactement, c'est ça, ça donne un sens à la vie parce que ce que tu as à faire dans ta vie c'est prendre soin de toi, parce que justement si tu es en santé et bien avec toi bien tu peux rayonner et aider les autres et faire avancer.

En fait, huit personnes mentionnent qu'il faut être bien avec soi d'abord pour être bien avec les autres, quatre personnes diront que leur morale leur permet d'être mieux avec les autres, cinq personnes mentionnent que lorsque l'on change nos actions on peut faire en sorte que les autres changent autour de nous et neuf personnes nous parleront de leurs préoccupations sociales liées à leurs actions comme, par exemple, faire de la prévention pour l'ensemble de la population ou encore, manger bio et encourager les commerces locaux. Enfin, quatre personnes vont également mentionner le fait que si tout le monde prenait soin de sa santé, le système de soins coûterait moins cher et cela profiterait donc à l'ensemble de la population. Ici, santé, spiritualité et morale se lient ensemble. Nous observons que la santé, comme nouveau guide des actions, est toujours très claire dans notre analyse puisqu'ici, au-delà de déterminer l'attitude juste pour soi-même, cela fait en sorte de délimiter une nouvelle morale liée à notre responsabilisation par rapport à nous-mêmes et à notre santé. La santé devient l'ambassadeur des valeurs et des règles morales qui existent depuis la nuit des temps. Et son lien avec la spiritualité est indéniable. Comme nous l'avons déjà mentionné, nous croyons à l'affirmation selon laquelle le religieux n'est jamais disparu mais a changé de forme et qu'alors, actuellement, selon notre analyse de terrain, nous pourrions affirmer qu'une personne qui ne prend pas soin de sa santé pourrait être perçue, par certains, comme peu spirituelle. En ce sens que le vécu de la santé, incluant donc une nouvelle manière d'assurer la subsistance de règles morales ancestrales, ne peut se réaliser pleinement sans l'aide de la spiritualité ou de la philosophie de vie que les individus se construisent autour de cet élément crucial de socialisation.

Cet élément de notre analyse, liant le cheminement personnel et la réalisation de soi des individus interrogés à certaines règles morales et au lien à la communauté, nous fait également voir autrement l'étude inspirante de Champion liée à ce qu'elle nomme la

nébuleuse-mystique-ésotérique. En 1990, Champion avait fait une étude de terrain auprès de différents groupes à Paris tels qu'au Centre international Sivananda de *yoga vedanta*, autour des « Cabarets mystiques » d'Alexandro Jodorovski, d'un groupe de guérison ésotérique lié aux Rose-Croix-AMORC, et de quelques autres (Champion et Hervieu-Léger 1990) et y décelait une mouvance du croire, la nébuleuse mystique-ésotérique. Selon ses propos, ce concept :

[...] représente une tendance lourde des évolutions socioreligieuses, car elle est au point d'intersection de trois courants majeurs du développement de la modernité. Elle est en connivence forte avec cette transformation des mentalités qui a promu au centre de la sensibilité contemporaine, du moins dans la sphère privée et chez les nouvelles couches moyennes et supérieures, le souci de soi et la valeur d'authenticité, la volonté d'indépendance personnelle, une éthique des relations interpersonnelles qui ne soit ni boy-scoutisme ni cynisme [...]; mentalité qui veut conjuguer options universalistes et attention aux différences. (1990 : 33).

Nous avons déjà abordé ce point dans le troisième chapitre de notre thèse, mais disons ici que nous remarquons effectivement ces « trois courants majeurs du développement de la modernité » comme également actifs dans nos observations de terrain, et il est indéniable que notre thèse rejoint, en ce sens, différentes études récentes (Davie 1994, Bergeron 2002, Campiche 2003, Hervieu-Léger 2003, Rocchi 2003, Champion 2004, Garnoussi 2005, Saroglou 2006, McGuire 2008, Ferry 2010, Rochon 2011, St-Arnaud 2012) sur le religieux contemporain. Ce que nous voulons souligner, c'est que le dessein de notre thèse était de mieux comprendre le lien entre les vécus de la santé et de la spiritualité des individus contemporains. Plus précisément, de saisir l'influence des règles d'anticipations de la maladie ainsi que de la prévention de la santé et de la complexification de la définition de la santé sur les vécus sanitaire et spirituel des individus interrogés. Individus qui ont été recrutés, donc, dans différents groupes qui, contrairement à l'étude de Champion, n'était pas choisi en fonction de leur saveur mystique-ésotérique mais plutôt en lien avec toutes formes de préoccupations liées à la santé. Ce qui est donc intéressant, c'est de constater que nous en arrivons à certaines conclusions semblables à celles de Champion sur les mouvances du croire contemporain, mais nous arrivons à ces conclusions sans nous intéresser à des groupes mystiques, ésotériques, spirituels ou religieux. Ce qui vient appuyer notre idée selon laquelle la santé ne devient pas une religion comme telle, mais est l'instigatrice d'une nouvelle forme

de spiritualité axée sur une attitude morale juste, en lien avec les règles sanitaires promues dans la société actuelle et les règles de socialisation liées au cheminement personnel. Nous prenons d'autant plus conscience que notre thèse témoigne du décroisement et de l'union entre différents individus supposément éparés de par leur orientation religieuse, spirituelle ou philosophique mais qui se retrouvent complètement dans ce vécu commun lié à la santé. En fait, ce qui ressort de notre étude de terrain, c'est qu'au-delà de cette appartenance possible à un groupe de yoga ou autres, les individus interrogés appartiennent d'abord à la culture de la santé parfaite, sous-entendu comme : un équilibre entre plusieurs aspects de la santé, qui érige des normes claires en termes d'attitudes à suivre, formant un système de sens axé sur la responsabilité individuelle de l'intériorité et, logiquement, sur la responsabilité de sa santé, perçue comme globale. Cette *épidémie de santé* observée ne pourrait être perçue ni même possible sans un système de sens clair et représentatif pour tous. Ce que nous observons donc, c'est que le rôle de la spiritualité sera moins lié à celui de faire sens qu'à celui de devenir un moyen, un outil ou un soutien. Nous allons particulièrement démontrer ce fait en analysant les réponses des participants en ce qui concerne leurs représentations de la mort et de la souffrance, ainsi que de l'immaîtrisable, du vide existentiel et du bonheur. Mais, avant, nous voulons spécifier un point lié aux différences entre les femmes et les hommes dans notre recherche. En fait, il y en a très peu et c'est bien ce sur quoi nous voulons nous attarder brièvement puisque cela viendra, encore une fois, illustrer le fait que la santé parfaite ne devient ni l'apanage de certains groupes mystiques, ésotériques, spirituels ou religieux ni l'apanage des femmes mais bien une spécificité culturelle occidentale venant influencer le vécu spirituel, religieux ou philosophique de tous, à des degrés divers. Bien sûr, nous n'analysons ici le vécu que d'un petit groupe d'individus contemporains. Loin de nous, répétons-le, la prétention d'affirmer que la voie de l'intériorité responsable est le lot de tous les Québécois. Mais cette thèse démontre que l'émergence de cette spiritualité est liée à une culture particulière au sein de laquelle nous pouvons lier le vécu sanitaire et spirituel de plusieurs individus supposément divisés, de prime abord, par leur confessionnalité ou leur état de santé, par exemple. Nous parlons donc d'une des nouvelles formes que revêt le religieux contemporain.

2.2 La différence entre les sexes : une question d'intensité et de performance

Nous ne nous éterniserons pas sur la question des genres, puisque dans le cadre de cette recherche de terrain ce qui ressort est la similitude des vécus entre les femmes et les hommes. La santé parfaite est un phénomène qui rallie également les femmes et les hommes, en ce sens que, contrairement à la croyance populaire, les hommes sont tout aussi concernés par la santé globale qui est souvent perçue comme l'apanage des femmes. Nous soulignons ici le terme « croyance populaire » puisque nous nous appuyons davantage sur des observations venant de terrains de recherche passés⁶² que sur des écrits, où les représentations des personnes interrogées étaient que la santé globale était davantage l'affaire des femmes. Soulignons, toutefois, le texte de Francine Saillant (1985), qui est très éclairant quant à l'émancipation des femmes par rapport à leur corps, amenant ainsi une prise en charge de celui-ci et une vision plus globale de la santé. Elle y explique clairement le mouvement pour la santé des femmes ayant eu lieu au Québec dans les années 60, où les femmes cherchaient alors à promouvoir des ressources autres que médicales, afin d'augmenter les possibilités de choix dans les thérapies et développer des mécanismes d'interventions autonomes par elles-mêmes (Delisle 2008, voir annexe IV). Il est clair que ce mouvement a influencé le rapport à la santé des Québécoises et des Québécois, notamment, en ce qui concerne la représentation d'une santé plus globale. C'est peut-être également une des raisons pour lesquelles la santé globale, voire le souci de la santé est souvent perçue comme une affaire de femmes. Nous n'élaborerons pas sur cette question précise de la santé globale et de son émergence puisque ce dont il est question, ici, c'est de la santé parfaite, celle du dépassement de soi, celle qui va, selon notre analyse, au-delà de la santé globale. Bien que nous parlions souvent de santé globale dans cette partie de la thèse, puisque les participants se représentent la santé de manière globale, incluant plusieurs aspects de leur existence (physique, psychologique, social et environnemental ainsi qu'émotionnel et spirituel) et que la complexification de la définition de la santé devient toujours plus inclusive donc globale, voire holistique, les aspirations de la santé globale nous mènent à la santé parfaite liée à l'émergence de la voie de l'intériorité responsable. Comme nous l'avons démontré, plusieurs participants disent que la santé parfaite est une utopie mais, de la même manière, certains d'entre eux affirment que l'on peut tout de même tendre vers elle. Nous observons une tendance claire chez les participants à tendre vers

⁶² Notamment, pour le Réseau québécois d'actions pour la santé des femmes et pour l'Université d'Ottawa (recherche sur la santé des femmes en région).

un effort d'équilibre entre tous les aspects de la santé globale en utilisant la spiritualité ou leur philosophie de vie. C'est pourquoi nous disons que la santé parfaite va un peu plus loin que la santé globale. Plus précisément, la santé parfaite est une représentation qui émane de cette complexification de la définition de la santé liée à la représentation d'une santé plus globale. Et la santé parfaite est plus spirituelle que scientifique, selon nos observations. Nous y reviendrons.

Ainsi, dans le cadre de notre recherche de terrain, nous voyons une intensité particulièrement masculine s'emparer de cette notion de la santé parfaite liée au *no limits* et à la réalisation de son plein potentiel. En fait, ce n'est pas que cette idée soit exclue du discours féminin mais bien qu'elle se voit intensifiée dans le discours masculin. Tout comme l'idée de la performance qui est, quant à elle, exclue du discours féminin mais qui se retrouve parfois dans le discours masculin. Ce sera la seule différence observée. Mais cette différence nous permet, dans un premier temps, de mettre en évidence le fait que la santé parfaite soit un phénomène de société incluant bon nombre de ces membres et, dans un second temps, de relativiser et d'ouvrir cette vision populaire où les femmes seraient davantage visées par cette notion. Par exemple, en septembre 2012, nous avons eu la chance d'être interviewée par monsieur Michel Dongeois pour le journal des médecins *L'actualité médicale* (2011, voir l'article en annexe V). Il était évidemment question de cette recherche, entre autres, mais nous voudrions revenir sur un élément qui n'apparaît pas dans cet article et qui concerne justement cette différence entre les sexes. Le journaliste, en cours d'entretien, nous a posé la question à savoir si ce n'était pas davantage les femmes qui étaient aux prises avec cette obsession de la santé parfaite. Nous lui avons répondu spontanément non, puisque nous avons déjà toutes les données de notre terrain de recherche en tête, mais l'analyse n'étant pas complètement terminée à l'époque, nous n'avons pu apporter suffisamment d'éléments expliquant notre réponse. Ce qui a eu, pour résultat, que cette réponse à la négative n'est évidemment pas ressortie dans la publication. Mais ce questionnement est particulièrement intéressant, justement, puisque dans le cadre de notre recherche, la réponse est non. L'obsession de la santé parfaite n'est pas un phénomène plus féminin que masculin car même les hommes en arrivent à un vécu plus intense que celui des femmes en ce qui concerne les aspirations de la santé globale menant à la représentation ou à la croyance en une santé parfaite possible. En fait, la santé parfaite, incluant l'aspect spirituel, est un phénomène de société que nous avons expliqué particulièrement par certaines règles de socialisation directement liées à la santé et le lien avec le vécu spirituel, religieux ou philosophique des individus interrogés.

Nous constatons, dans cette thèse, l'émergence d'une culture de la santé parfaite qui est de toute évidence plus unificatrice que ségrégationniste. Nous voulons donc ouvrir cette perspective ici et souligner, à la suite de nos observations de terrain non seulement que les hommes sont clairement visés par la notion de santé parfaite, mais que leurs vécus sanitaire et spirituel peuvent devenir plus intenses que celui des femmes. En ce sens qu'ils adhèrent davantage à la notion de la performance et du tout est possible. Ce qui fait en sorte qu'ils pourraient même devenir plus vulnérables que les femmes lorsqu'il est question de se poser la question des limites de cette notion de santé parfaite et du poids de la responsabilisation personnelle par rapport à soi, à sa santé et à son intériorité, voire à son existence, ses accomplissements, etc. Il est très important de souligner ce fait, puisque notre thèse veut contribuer à l'avancement des connaissances liées à une meilleure compréhension du lien entre les vécus sanitaire et spirituel ou religieux des Occidentaux contemporains dans les sociétés occidentales, afin de contribuer à une meilleure compréhension des conséquences réelles de la complexification de la définition de la santé (incluant toujours plus d'éléments dans la vie d'un individu contemporain) sur le vécu des individus.

CHAPITRE IX

Le sens incarné par le vécu de la santé

Dans ce dernier chapitre, nous observerons à nouveau l'union de la spiritualité et de la santé dans les vécus des individus interrogés, tout en définissant toujours davantage leur rôle respectif, cette fois-ci dans le but de montrer que les frontières entre les individus catholiques pratiquants ou non pratiquants ainsi qu'avec les personnes athées, sans spiritualités ou autres s'estompent également lorsqu'il est question de se représenter ou d'expliquer la mort et la souffrance. En fait, bien que les réponses puissent légèrement varier, ce qui est déjà intéressant puisque nous aurions pu croire que ces réponses auraient été plus disparates entre les différents participants, nous constatons une certaine unité dans la vision de la mort et de la souffrance, et particulièrement dans la manière de gérer ces éléments dans leur existence. Donc, malgré certaines différences que nous ferons également ressortir, une récurrence persiste entre les participants, soit celle qui met en évidence le fait que la spiritualité ou la philosophie des individus interrogés agit davantage dans leur existence ou comme un outil pour être davantage en santé ou pour atteindre ou tendre vers la santé parfaite soit, comme un outil pour faire face à toutes formes de souffrances, voire à son existence et à la vie en soi. En ce sens, la spiritualité est très liée au cheminement personnel des individus et à son utilité pour eux, comme nous l'avons déjà mentionné. La spiritualité ne sert donc pas vraiment à donner des explications à la mort ou à la souffrance. Toutefois, la santé, qui agit comme guide, est davantage porteuse de sens pour les individus que la spiritualité. Bien sûr, comme la santé et la spiritualité fonctionnent de concert, les règles morales dictées par la santé et par la spiritualité ou, plus précisément, par leur union, font en sorte que la santé et la spiritualité sont porteuses de sens. Mais si nous tentons de diviser ces éléments afin d'affiner notre compréhension des rouages de cette union, nous en arrivons à observer que la spiritualité ne prédomine pas en ce qui concerne l'action de donner un sens à la mort, à la souffrance et à l'immaîtrisable.

1. Mort et souffrance

Les réponses aux questions portant sur les représentations de la mort, de la souffrance et de ce qui est immaîtrisable dans l'existence des individus interrogés sont très éclairantes en ce qui concerne, notamment, les différents rôles joués par le vécu de la santé ainsi que celui de la spiritualité ou de la philosophie de vie des individus. Comme nous l'avons déjà démontré, la santé guide les actions des individus interrogés et devient une ligne de conduite personnelle et morale pour ceux-ci. Ce qui fait en sorte également qu'elle contribue grandement à donner un sens à l'existence. La spiritualité devient davantage, dans ce contexte particulier, un outil pour faire face ou pour tendre toujours davantage vers la santé parfaite, incluant toutes les représentations d'une attitude juste et moralement acceptable. Nous pouvons illustrer ce fait en analysant les réponses des participants liées à la mort et à la souffrance, ainsi qu'en analysant leurs réponses en lien avec l'immaîtrisable.

D'abord, lorsque nous posons la question suivante à savoir : comment vous expliquez-vous la souffrance, la maladie et la mort? Ont-elles un sens? (Avez-vous une spiritualité qui vous aide à donner du sens à ces éléments de l'existence, ou autres?) Nous remarquons clairement que la grande majorité des participants ne donnent pas nécessairement de sens à ces éléments, en particulier lorsqu'il est question de la mort. Plus précisément, quatorze participants disent ne pas chercher de sens ou d'explications à la mort ou tout simplement ne pas en avoir, dix personnes diront qu'elle est tout simplement inéluctable, cinq personnes diront qu'elles ne savent pas et deux personnes mentionnent qu'elles préfèrent ne pas y penser. En fait, il n'y a qu'une personne, catholique relativement pratiquante, qui dit clairement croire en la vie après la mort (participante 1.3.8). Il y a donc une explication convaincante pour elle qui semble venir de sa foi en la religion catholique. Ce qui est intéressant de remarquer, c'est que pour les quatre autres personnes qui mentionnent être catholiques pratiquantes ou relativement pratiquantes, leur religion ne leur donne pas une explication de la mort, alors que l'on n'aurait pu facilement croire le contraire. Deux d'entre elles mentionnent qu'elles ne savent pas et une autre dira qu'elle trouve ces phénomènes difficiles à comprendre particulièrement lorsqu'il est question de la souffrance d'autrui. Une autre personne dira croire aux vies antérieures et au karma particulièrement afin d'expliquer la souffrance des autres. Elle trouverait injuste que l'on ait qu'une seule vie et que certains souffrent énormément comparés à d'autres. Sinon, six personnes semblent être « borderline », en ce sens qu'elles répondent que la mort est

inélucltable tout simplement ou qu'elles ne cherchent pas de sens mais qu'en somme, elles se construisent tout de même une certaine explication de la mort. Sur ce, cinq d'entre elles diront que la mort est un passage tout simplement vers un autre état donc qu'elles sont confiantes par rapport à ça. Ce qui est toutefois remarqué, en ce qui concerne la mort, c'est qu'en général les gens n'ont pas une explication claire ou de certitudes qui viendraient enlever tout doute, toute inquiétude ou tout questionnement à cet effet. Enfin, pour les vingt-six participants, malgré le fait que certains se construisent un sens ou une explication un peu plus élaborée en ce qui concerne la mort, c'est leurs actions ici et maintenant et le sens de leur existence et de la vie plutôt que de celui de la mort qui est le plus important. C'est pourquoi deux personnes vont dire, de manière affirmative, ne pas vouloir penser à la mort.

Nous allons donner un long exemple ici d'une personne qui représente bien celles dites « borderline » et qui mettra en évidence ce lien commun entre tous les participants à être ancrés davantage dans la vie et le présent que dans un ailleurs possible. De plus, cet exemple démontre clairement le rôle de la spiritualité comme outil et de la santé comme génératrice de sens, particulièrement dans ce contexte où tout semble tourné vers la vie. Comme le dit Jacquemin: « l'image actuelle de l'homme n'est pas celle de 'celui qui doit mourir', mais de 'celui qui doit vivre', réussir, se développer, échapper sans cesse à la maladie. » (2002 : 43-44).

Intervieweur : *Comment vous expliquez-vous la souffrance, la maladie et la mort? Ont-elles un sens?*

Participante 1.3.7 : *Oui. Mon « coloc », justement, dit qu'il n'y a rien de plus juste que l'univers, que la vie. Donc, si ça arrive comme ça, c'est pour une raison. C'est « plate » pour ces personnes-là, mais ça l'influence l'équilibre de tout. [...]. Et encore une croyance, je ne dirais pas la réincarnation, mais qu'on a plusieurs vies. Si ça ne va pas bien pour cette personne, dans cette vie, bien ça va aller mieux dans la prochaine.*

Intervieweur : *Donc ce ne sont pas des choses que tu perçois négativement?*

Non, mais c'est sûr que je suis humaine et quand je vois quelqu'un qui souffre ça me fait mal. Je ne suis pas : bon bien c'est la vie et il y a quelque chose de mieux qui va

arriver! Je ne le vois pas comme un grain de sel, je le vois comme la vie est juste, c'est juste. C'est sûr que ça me fait quelque chose et que je voudrais pouvoir enlever la douleur mais je pense qu'il y a un sens à tout ça. [...].

Intervieweur : *Avez-vous une spiritualité qui vous aide à donner du sens à ces éléments de l'existence, ou autres?*

En fait, je ne cherche pas à donner un sens, je ne pense pas à ce côté-là. Je vis maintenant, je suis là, c'est le fun et je ne cherche pas à donner un sens au reste.

Intervieweur : *Si jamais il y a une souffrance ou quelque chose...*

Là je vais y faire face, je vais l'accepter pour que ça vire au positif.

Intervieweur : *Votre spiritualité pourra vous aider à ce moment-là?*

Oui, là je ne cherche pas un sens. Pas du tout.

Intervieweur : *Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence? Si oui, comment et en quoi consiste ce sens, quel est-il?*

Oui, dans le sens où c'est probablement une tâche à faire. Je pense en ce moment à mon stage, j'arrive et je n'ai rien à faire, sauf que dans ta vie tu arrives et ce que tu as à faire c'est prendre soin de ta santé. Donc, oui, ça donne un sens dans le sens que ça te donne quelque chose à faire. Il faut que tu prennes soin de toi et de ta santé pour être heureux.

Intervieweur : *Comme une morale une ligne de conduite, quelque chose qui vous guide?*

Oui exactement, c'est ça. Ça donne un sens à la vie parce que ce que tu as à faire dans ta vie c'est prendre soin de toi. Parce que justement si tu es en santé et bien avec toi bien là tu peux rayonner, aider les autres et faire avancer.

Nous avons souvent cité cet exemple dans cette partie de notre thèse pour illustrer diverses observations mais comme nous le constatons, ici, cet exemple est « borderline », la personne en question commence par donner un sens à la mort et à la souffrance qui est toutefois un peu floue (pas la réincarnation mais plusieurs vies) et termine en disant finalement qu'elle ne cherche pas de sens, qu'elle vit ici et maintenant, que la santé donne au final plus de sens puisque l'on cherche le sens de l'existence davantage que celui de la mort. Ce qui est primordial dans le monde occidental contemporain est de se raccrocher davantage à la vie. C'est pourquoi nous voyons clairement l'influence de ce contexte sur les vécus sanitaire et spirituel des individus interrogés. Ce qui nous permet également de mieux saisir le religieux contemporain en ce sens que la spiritualité en question ici, quoi que l'on puisse en penser, n'agit pas d'abord comme génératrice de sens mais devient, dans ce contexte, répétons-le, indéniablement un moyen. Et la santé devient, quant à elle, indéniablement génératrice de sens, puisqu'il est question de la vie et de l'instant présent. Trouver une explication à la mort est secondaire par rapport à l'importance de vivre en accord avec soi et de trouver un sens à son existence propre.

Nous remarquons d'ailleurs que la souffrance, quant à elle, est génératrice de plusieurs questionnements en comparaison avec la mort, puisqu'elle fait justement partie de la vie et de l'existence. Le désir de se l'expliquer devient ici plus présent. Le tiers des participants, soit neuf personnes, mentionnent toutefois que la souffrance n'a pas de sens, qu'elle ne devrait pas exister, ou encore, qu'elle est simplement le fruit du hasard. Dans la majorité de ces discours, ce qui devient important est la manière de s'en sortir et c'est là où la spiritualité et le cheminement personnel pourraient avoir un rôle à jouer en tant que moyens pour faire face à la souffrance, comme nous l'avons vu dans l'analyse des réponses précédentes liées aux cheminements personnels et à la spiritualité. Les deux tiers des participants, soit dix-sept personnes y trouvent toutefois un certain sens : quinze personnes diront que la souffrance est un message, un cadeau qui nous permet d'avancer et qu'elle nous fait grandir et évoluer et trois personnes diront qu'elle est liée à la personne, à sa manière de voir et à son mental. Mais en fait, la vision de ces dix-sept personnes est similaire, la souffrance est liée à quelque chose qui ne fonctionne pas dans la vie ou l'existence de l'individu, elle n'est pas perçue comme quelque chose de totalement extérieur qui serait justement dû au hasard et avec laquelle nous devrions négocier. C'est en ce sens que la souffrance fait davantage sens que la mort comme telle, puisqu'elle parle du vécu de l'individu, de quelque chose en lui ou dans son existence qu'il doit changer. Le but étant justement de se rapprocher toujours plus d'un état de santé qui

nous apporte un bien-être plus grand. La spiritualité se retrouve, encore une fois, être un moyen d'y parvenir ou de s'en rapprocher davantage.

Toutefois, lorsque l'on pose la question à savoir si la spiritualité aide à trouver un sens à ces éléments, treize personnes mentionnent que oui, contre neuf qui disent clairement non. Les quatre personnes manquantes sont parmi celles qui ont répondu que la souffrance n'avait pas de sens comme tel, donc il semble ici évident, sans forcer leurs dires, que la spiritualité ne pourra contribuer au fait qu'elles y trouvent plus de sens. En ce qui concerne les treize personnes ayant répondu que leur spiritualité aide à donner un sens à la souffrance, nous comprenons clairement de quelle manière, en liant ces réponses aux questionnements précédents, où nous avons observé que la spiritualité est liée au cheminement personnel et à l'intériorité individuelle. En fait, c'est cette intériorité qui fait sens. À la lumière de notre analyse de terrain, l'intériorité individuelle joue en effet un rôle dominant dans l'avènement d'une représentation particulière de la santé. Ici, santé et spiritualité deviennent difficiles à analyser séparément. L'intériorité est un élément essentiel de la santé. Mais aux fins de saisir toujours davantage le fonctionnement de cette imbrication claire entre ces deux éléments dans notre société, nous soulignerons de nouveau que, malgré le fait que la moitié des participants répondent que la spiritualité donne un sens à la souffrance, nous y voyons un sens qui ne pourrait exister et convaincre sans la représentation initiale, forte et universelle, d'une santé qui englobe l'existence propre des individus et devient un marqueur identitaire fort. En fait, avant l'intériorité et la spiritualité, s'il y a lieu, il y a la santé qui agit comme guide, qui est garante d'un cheminement juste et d'une façon d'être juste. Ensuite, la spiritualité suit cette image forte dans notre société pour devenir un moyen de concrétiser cette représentation de la santé dans son existence propre.

Nous avons déjà mentionné que notre groupe de participants, bien qu'homogène quant à une certaine façon de croire et à la façon de se comporter face aux règles de sociabilité liées à la santé et à la responsabilisation individuelle, était évidemment nuancé, complexe et se déclinait ainsi en différentes couleurs. Il est toutefois très difficile de séparer ces individus selon le groupe auquel ils appartiennent soit Cardio plein air, yoga, Coop Santé, centre sportif et maladies chroniques, ou encore, selon la religion, la spiritualité ou la philosophie de vie qu'ils nous décrivent. Ce que nous remarquons, c'est une différence entre les personnes qui croient beaucoup au cheminement personnel comparativement à certaines pour qui cette notion semble moins importante et, également, une différence entre les individus qui se disent

très spirituels comparativement à certains qui disent être sans spiritualité et avoir plutôt une philosophie de vie. Mais là encore, ces différences ne sont pas parfaites. En fait, nous ne pouvons séparer clairement les individus en deux ou trois groupes qui seraient distincts par rapport à leur manière de croire ou d'adhérer aux exigences et à la représentation d'une santé plus globale et plus complexe. La seule différence notable, au final, réside dans le fait que certains individus, tout en adhérant à une certaine forme de responsabilisation vis-à-vis de soi, ce qui est vrai pour tous les individus interrogés, pousseront moins loin cette responsabilisation lorsqu'il sera question de la maladie et de la souffrance. C'est-à-dire que nous sommes responsables de notre santé mais, qu'en même temps, la souffrance et la maladie sont davantage perçues comme des éléments extérieurs à soi qu'il faut apprendre à gérer. Tandis que pour d'autres, la responsabilisation va plus loin et toutes souffrances et maladies sont davantage perçues comme relevant des actions et de la responsabilisation de l'individu par rapport à soi et à son existence, et sont donc moins perçues comme des éléments extérieurs à celui-ci. Cette différence, nous nous devons de bien l'analyser, ici, puisqu'elle s'avère très importante dans notre effort de compréhension des vécus sanitaire et spirituel des occidentaux contemporains. C'est là également que nous pouvons souligner deux tendances, l'une étant le fait que les membres du groupe de Cardio plein air semblent majoritairement différents des membres de groupes de yoga et, l'autre, est liée au fait que nous retrouvons particulièrement des hommes dans la croyance plus intense aux *no limits* et à la découverte de notre plein potentiel.

Ces légères différences nous permettent de souligner une tendance importante liée au fait que plus la relation entre la santé, la spiritualité et le cheminement personnel est étroite, plus la présence de la voie de l'intériorité responsable est importante dans l'existence d'un individu, et la responsabilisation de celui-ci par rapport à soi et aux événements de la vie sera plus grande. Par contre, lorsque le rapport entre ces trois éléments semble moins prononcé, la responsabilisation individuelle sera moindre, non par rapport à soi-même puisque cette tendance est claire chez tous les participants sans exception, mais par rapport aux événements de l'existence. Et cette différence est notable pour nous puisqu'elle démontre bien que la voie de l'intériorité responsable, indéniablement liée au cheminement personnel des individus, peut être salutaire, selon la majorité des dires des participants, mais également venir alourdir le poids de la responsabilisation individuelle par rapport à soi, son intériorité et son existence. C'est pourquoi plusieurs personnes dans cette étude mentionnent vouloir cheminer et se soucier de cette intériorité pour ne pas se créer soi-même une maladie. Ce qui démontre bien

qu'une certaine angoisse peut être liée à cette responsabilisation individuelle. Cette tendance est importante à souligner puisqu'un des desseins de cette thèse a pour but de se servir d'une meilleure compréhension du lien entre les vécus de la santé et de la spiritualité dans notre société pour mieux comprendre les conséquences de ce lien sur la population. Ainsi, lorsqu'il sera question de lier la spiritualité à la définition de la santé, comme le mentionne déjà l'OMS, ou encore, d'intégrer la spiritualité à la biomédecine, sujet particulièrement d'actualité, nous pourrons nous appuyer sur cette compréhension afin de voir les limites de la spiritualité et d'agir au mieux des connaissances actuelles. Le but étant de faire en sorte que les actions qui seront mises de l'avant, en lien avec la santé et la spiritualité, aillent bien dans le sens d'un plus grand bien-être populationnel et non dans le sens d'alourdir le poids populationnel par rapport à la représentation d'une santé parfaite et à la responsabilisation individuelle. De plus, le fait que ce soit particulièrement des hommes qui soient plus intenses par rapport à cette relation entre la santé, la spiritualité et le cheminement personnel fait en sorte d'ouvrir les résultats de cette recherche sur le fait que les hommes pourraient se retrouver plus nombreux dans une situation de responsabilisation que nous pourrions qualifier d'extrême par rapport à son existence et ainsi subir davantage le poids de cette responsabilisation.

Voici trois exemples qui illustrent particulièrement cette différence en ce qui concerne le degré de responsabilisation individuelle. Bien que tous nos participants soit homogènes en ce qui concerne l'intériorisation de la responsabilisation individuelle et le vécu d'une nouvelle forme de spiritualité qui découle de l'union de la santé et de la spiritualité, nous démontrerons tout de même ici quelques nuances en ce qui a trait à cette intériorisation et à leurs vécus sanitaire et spirituel. De plus, nous verrons en particulier dans les deux exemples où la responsabilisation individuelle est moins intense, que le rôle de la force mentale ou du cheminement personnel est tout de même important. En effet, moins de responsabilisation individuelle ne fait pas automatiquement en sorte que le cheminement personnel soit moins important ou que la spiritualité soit inexistante. Dans notre analyse, cela fait en sorte que la liaison entre santé, spiritualité et cheminement personnel est moins forte, ce qui rend moins complexe la définition de la santé de ces individus et, par le fait même, moins complexe leur implication liée à leur vécu sanitaire, spirituel ou philosophique :

Intervieweur : *Accordez-vous de l'importance au cheminement personnel, travail sur soi, quête de soi, épanouissement personnel?*

Participant 2.2.1 : *Non.*

Intervieweur : *C'est un peu comme le psychologique ou quoi que ce soit...*

Non, bien non, c'est ça. Je suis bien et j'ai probablement des bibittes mais ça ne m'intéresse pas d'aller fouiller.

Intervieweur : *Vous ne vous préoccupez pas de ça, ce n'est pas dans vos préoccupations de santé?*

Non.

[...]

Intervieweur : *Comment vous expliquez-vous la souffrance, la maladie et la mort?*

Bien, le corps c'est une machine là et des fois ça marche bien et d'autres fois ça ne marche pas bien. Ce n'est pas parce que tu as été méchant quand tu étais petit que tu vas être malade plus vieux là, ça n'a pas rapport. Mais c'est sûr que si on a des stress dans nos vies, ça peut se refléter sur notre santé. [...]. Mais à part ça comme explication... Oui, c'est sûr que notre attitude mentale, jusqu'à un certain point, a une répercussion sur notre santé.

Intervieweur : *Oui, sur la maladie, sur la souffrance.*

Oui, mais de là à dire sur le cancer, tu peux-tu t'auto-guérir...

Intervieweur : *Ça va un peu loin pour vous?*

Bien il y en a peut-être qui sont capables là, ça prend toute une force mentale et, à la limite, je te dirais que ça se peut.

Intervieweur : *Ça dépend des forces mentales et des individus?*

C'est ça.

Intervieweur : *Mais est-ce que vous cherchez une explication à la souffrance, à la maladie?*

Non.

[...].

Intervieweur : *Que représente pour vous la santé parfaite?*

Bien, c'est de faire tout ce que tu peux pour que ton corps soit en santé, que ta tête, d'un point de vue psychologique, soit en santé et au point de vue aussi intellectuel là il n'y a pas juste, il y a les amis, être bien dans ta peau, être bien dans ton corps mais si tu as le goût d'essayer de la peinture ou de partir un an en voilier...

Intervieweur : *[...]. Donc la santé parfaite, c'est quand même accessible?*

Oui. [...]

Intervieweur : *Quand vous parlez d'être bien avec vous-même, est-ce que ça veut dire que l'aspect psychologique est important, la force mentale?*

Bien, oui finalement. Oui, c'est important. C'est sûr, comme je dis, je ne travaille pas là-dessus, seulement là-dessus, mais ça vient avec et en fait ça part de là aussi.

Intervieweur : *Votre force mentale, ça part d'où, comment vous travaillez ça?*

(Silence). Je ne le sais pas, ce n'est pas conscient, je te dirais là, je ne le sais pas là, moi je trouve que j'ai une vie facile, ce qui fait que ça part de ça.

Intervieweur : *Ça coule, vous vous accrochez justement à ce qui va bien.*

Ça me rend tout ému (pleure), mais je ne sais pas pourquoi.

À la suite de cet entretien, cette dame me dit qu'elle a pleuré parce que ça lui a fait prendre conscience que ça va bien dans sa vie. Ce que nous remarquons, c'est que la définition de la

santé de cette femme semble un peu plus simple, moins complexe quant à la responsabilisation individuelle, mais que la force mentale est toujours présente tout de même et qu'une part nous appartient. Mais cette définition plus simple lui permet de croire que la santé parfaite est accessible au quotidien, simplement que tout va bien, sans trop chercher, comme elle l'a elle-même mentionnée.

Intervieweur : *Accordez-vous de l'importance au cheminement personnel, travail sur soi, quête de soi, épanouissement personnel?*

Participante 2.3.1 : *Oui, parce qu'encore si je ne suis pas bien dans ma peau, bien je ne suis pas bien dans ma vie donc je ne suis pas efficace dans ma vie, alors oui, c'est important pour moi pour prendre ce cheminement-là, de me garder en santé, de prendre des initiatives pour être en santé mentale, physique. Parce que je ne pourrais pas continuer mon cheminement dans ma vie sans celui-là. Sans être en santé mentale, physique, je ne pourrais pas. Ce cheminement-là, c'est essentiel à mon cheminement global dans ma vie.*

[...]

Intervieweur : *Comment vous expliquez-vous la souffrance, la maladie et la mort? Ont-elles un sens?*

Bien, je ne penserais pas en chercher essentiellement mais j'avais 14 ans, je pense, [...] et dans ce temps-là, je n'étais pas athée.

Intervieweur : *Tu n'y avais jamais pensé?*

C'est ça, je n'avais jamais pensé à ça parce que mes parents ils ont arrêté d'aller à l'église avant que je sois née alors je n'étais pas baptisée, je n'y avais jamais pensé et là mon ami est mort et là je ne savais pas quoi penser. Et là, j'ai essayé de trouver une signification à tout ça et je me suis rendue compte qu'il y en avait pas pour moi et c'est là que je me suis rendue compte que j'étais athée parce que, pour moi, il est mort c'est un accident de char, erreur humaine, erreur mécanique. C'est la vie qui entre en jeu [...].

Intervieweur : *C'est la vie, c'est quelque chose que tu ne contrôles pas?*

C'est ça. On a une certaine influence sur nos actions, sur comment on gère notre vie mais la vie autour de nous est imprévisible. Ce n'est pas nous qui contrôle, alors ce qui arrive, arrive et je ne penserais pas pour moi que j'aie besoin d'aller chercher un raisonnement en arrière de la vie qui arrive.

[...]

Intervieweur : *C'était plus grand que toi.*

C'est ça.

Intervieweur : *Accepter, aussi, parce qu'il faut faire face?*

C'est ça. Je n'ai pas de cancer génétique dans ma famille et je suis chanceuse mais je connais du monde dans ma famille qui ont le cancer et aucun d'entre eux, c'est pas à cause des choix qu'ils ont fait dans leur vie.

Cet exemple nous amène à définir ce qui est immaîtrisable pour les participants, ce qui révèle également une nuance entre les personnes pour qui la définition de la santé est plus complexe et les autres. Cette complexification entraîne plus de responsabilisation individuelle vis-à-vis de soi-même et de son existence, notamment à cause de son lien étroit avec la spiritualité et le cheminement personnel. Soulignons, ici, le fait que ces deux femmes ne semblent pas avoir le même avis sur le cheminement personnel mais leurs croyances spirituelles ou religieuses se ressemblent, car elles parlent davantage d'une philosophie de vie ou d'une morale et que toutes deux sont atteintes d'une maladie chronique. Donc le fait d'être atteint d'une maladie chronique ne complexifie pas d'emblée la définition de la santé, certains individus sains ont une vision plus complexe de celle-ci qui entraîne davantage de préoccupations ou d'actions en ce sens dans leur existence. Ce qui nous fait dire, encore une fois, que la frontière entre individus sains et malades s'amenuise dans notre société ou, plus précisément, qu'elle change de forme et de référence. Elle passe d'une représentation plus physique pour aller vers une représentation plus psychologique (force du mental), impliquant la spiritualité. Ce qui fait en sorte qu'une personne saine, dans ce contexte, est avant tout une personne qui chemine et se

réalise, au-delà de l'état physique, comme nous l'avons déjà démontré précédemment dans notre analyse.

En fait, ce que nous remarquons, c'est que ces deux femmes ont certaines divergences mais se ressemblent sur la base du lien moins étroit qu'elles font entre la santé, la spiritualité ou la philosophie de vie et le cheminement personnel dans leur existence, comparativement à d'autres où ces trois éléments sont totalement unis :

Intervieweur : *Comment vous expliquez-vous la souffrance, la maladie et la mort? Ont-elles un sens?*

Participant 1.1.3 : *Bien la souffrance, elle a un sens. Moi quand je me fais mal ça me dit arrête, c'est un signal. C'est un signal qui me dit à mon corps et à ma tête et à tout mon être bon tu as fait quelque chose qui ne fallait pas, tu es allé trop loin ou tout simplement prend un « break » ou quand ton corps souffre, ce n'est pas pour rien. C'est pour dire aussi à tout ton organisme où envoyer l'attention, où envoyer la guérison. Ce qui fait que de ce côté-là, je ne crois pas aux antidouleurs non plus. [...].*

Intervieweur : *Donc il y a un sens?*

Oui. *Quand notre corps souffre, c'est un avertissement, c'est aussi de l'information que l'on doit assimiler. La souffrance fait partie de ça je crois, d'après moi c'est un levier pour l'évolution. Si tout était tout le temps parfait, on n'évoluerait pas. On ne chercherait pas, en tout cas, à améliorer les choses. Et je pense que la souffrance, la maladie et tous ces obstacles arrivent à des moments où on en a besoin, où on a une évolution à faire, une recherche. C'est parce que l'on a stagné, c'est comme une mare où l'eau ne circule pas, ça va se mettre à courir. Bien c'est un peu la même chose, la maladie elle arrive quand tu stagnes, quand tu arrêtes d'évoluer et c'est comme le signal pour te dire : hey! Écoute, remets-toi à bouger, fais quelque chose, fais circuler la vie en toi, amène le mouvement, réveille.*

[...]

Intervieweur : *Qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas peur de la mort? Est-ce que votre spiritualité y donne un sens ou... ?*

[...]

Premièrement, dans mes croyances, dans ma spiritualité, je crois que l'enfer et le paradis sont ici sur terre, c'est nous qui choisissons de vivre en enfer ou de vivre au paradis, selon nos actions. Selon ce que l'on fait.

[...]

Intervieweur : *Donc tous les aspects qui constituent votre spiritualité, ça contribue aussi à donner un peu un sens?*

Oui, oui.

Intervieweur : *À la mort aussi, est-ce que vous en cherchez un?*

Oui. Je n'en cherche pas vraiment. J'ai cherché longtemps et maintenant je me dis que le sens de la mort ça ne me dérange pas, dans le sens que je fais ce qu'il faut pour donner un sens à ma vie. Et à ce niveau-là, le sens donné à ma mort va venir de lui-même (rires).

Dans cet exemple, nous remarquons clairement le degré de responsabilité individuelle particulièrement élevé par rapport à soi et aux événements extérieurs. C'est une personne ici pour qui le lien entre santé, spiritualité et cheminement personnel est clair et accentué. Mais cet exemple, bien qu'illustrant un niveau de responsabilisation individuelle un peu plus élevé, n'est pas extrême, en ce sens qu'il en ressort une tendance lourde, que l'on retrouve chez l'ensemble de nos participants, à valoriser l'action et la vie, ici et maintenant. Cet exemple illustre donc parfaitement la tendance que nous avons soulignée précédemment, où c'est le sens de la vie qui est important et non, ou moins, celui de la mort. La souffrance, ici, est clairement liée à notre état mental et à nos actions, ce qui est une tendance forte également mais à des intensités variables entre les participants. Dans ce contexte culturel, une spiritualité qui serait désincarnée est insensée puisqu'il n'y a aucun ailleurs à conquérir. Non seulement

un ailleurs qui serait perçu comme un autre monde ou le paradis, mais surtout un ailleurs qui serait extérieur à soi ou au Soi, ici et maintenant⁶³.

Enfin, nous allons maintenant nous tourner vers l'analyse de ce qui est considéré comme immaîtrisable pour les participants afin de continuer notre réflexion sur les différents rôles joués par la santé et la spiritualité dans le vécu individuel des participants. En soulignant toujours que cette séparation est plutôt fictive que réelle pour l'ensemble des participants, pour qui ces deux éléments sont inséparables.

2. L'immaîtrisable

Dans cette catégorie de réponses, on observe très clairement que ce qui est considéré comme immaîtrisable par les participants est représenté par ce qui est extérieur à eux, comparativement à la souffrance (en partie) et à la santé qui relèvent d'eux-mêmes. Dix-sept personnes mentionnent que ce qui est immaîtrisable pour eux est lié aux événements de la vie, comme les obligations, les règles sociales, le stress, le travail, l'entourage, la pollution, le temps, le rythme de vie et la souffrance des autres. Ensuite, douze personnes diront qu'il y a quelque chose de plus grand qui les dépasse, comme la *Grande énergie*, *Dieu*, *la nature*, *le Tout*, une part de mystère lié à l'existence et à la vie comme la naissance et la mort. En fait, une seule personne mentionne que ses émotions et ses réactions la dépassent parfois et trois personnes mentionnent que le cancer les dépasse en ce sens qu'elles n'arrivent pas à s'en expliquer les causes. Pour ces personnes, cette maladie est menaçante, justement, puisque l'on ne peut clairement la lier aux habitudes de vie, puisqu'elles connaissent des individus ayant eu de très bonnes habitudes de vie qui sont décédés d'un cancer. Certains participants expliqueraient cela par les émotions non gérées ou des choix qui ne se sont pas faits mais, comme on peut l'observer, le cancer est une maladie qui est souvent mentionnée par les participants. Soit ils en ont peur et ils font tout pour ne pas se créer eux-mêmes un cancer, soit ils ne comprennent pas cette maladie et ils en ont également peur puisqu'elle semble justement immaîtrisable et hors de leur contrôle.

⁶³ Dans notre article « Les spiritualités féministes comme lieux de guérison », nous avons montré que cette croyance en une spiritualité incarnée est très forte et constitue un des éléments majeurs liés au vécu des spiritualités féministes (voir annexe III).

Cette constatation à l'effet que ce qui est immaîtrisable est extérieur à soi est très intéressante et vient confirmer ce que nous avons déjà démontré précédemment, à savoir que la santé devient un guide puissant, notamment, parce qu'elle représente ce qui est contrôlable pour les individus et qu'elle est clairement génératrice de sens dans l'existence de ceux-ci. Elle contribue à donner des points de repère incontestables liés à une morale, une attitude à adopter et un chemin, pour ne pas dire un cheminement, à suivre. Comme nous l'observons encore dans la deuxième partie de la réponse à cette question qui était de savoir comment les individus gèrent ce qui est immaîtrisable pour eux, la spiritualité, dans ce contexte, devient un outil. En effet, l'intériorité ou l'intériorisation est la façon numéro un de gérer l'immaîtrisable : neuf personnes disent accepter, agir en conséquence et regarder devant et onze personnes disent penser positivement ou trouver ce qui est positif, se changer soi et faire une introspection qui permet de se calmer. En fait, seulement cinq personnes diront être aidées par leur entourage et trois personnes diront tenter d'y trouver une explication ou un sens à l'aide de leur spiritualité ou de leur religion. Nous remarquons clairement que la voie de l'intériorité responsable associée au cheminement individuel et à l'intériorisation est un outil pour gérer l'immaîtrisable et, dans une moindre mesure, l'expliquer ou y donner un sens clair. Soulignons, également, que pour trois personnes, les quatre volets de la santé que nous avons étudiés (physique, psychologique, social et spirituel) représentent une aide pour gérer l'immaîtrisable. Une de ces personnes dira clairement que son mode de vie et son état de santé l'aident à gérer ce qui est immaîtrisable, donc le stress au travail, etc. La spiritualité est un outil indéniable pour les participants pour gérer l'immaîtrisable et leur donner un sentiment de contrôle sur leur existence. Comme nous l'avons déjà mentionné, la gestion de leur santé donne à l'ensemble des participants un sentiment de contrôle et, encore une fois, nous voyons que le sens, pour les participants, est sanitaire plus que spirituel. La voie de l'intériorité responsable est un outil qui fera effectivement sens en aval du cheminement sanitaire; si vous dépouillez la spiritualité de la santé, dans ce contexte, elle ne pourra créer à elle seule un sens représentatif pour les individus.

Nous observons aussi clairement dans ces réponses, la récurrence des éléments déjà cités en partie dans la section concernant le cheminement personnel. En fait, dans cette culture de la santé parfaite, c'est par le contrôle de soi que l'on contrôle les événements extérieurs à soi. D'où toute l'importance que peut revêtir la responsabilisation individuelle par rapport à soi et à sa santé dans ce contexte. À cet effet, nous aimerions citer un exemple d'une personne, recrutée dans un cours de Cardio plein air, qui a une spiritualité forte mais pour qui le

cheminement personnel semble de moindre importance et qui en arrive à la conclusion suivante :

Intervieweur : *Qu'est-ce qui vous dépasse et qui est plus grand que vous? Comment gérez-vous ce qui est insaisissable et immaîtrisable dans la vie? Qu'est-ce qui est immaîtrisable?*

Participant 1.2.2 : *En me laissant partir, je ne me pose pas de questions. Qu'est-ce qui me dépasse? Expliquer l'au-delà, ça me dépasse. Je ne vais quand même pas faire des recherches de lectures pour savoir si c'est celui-là qui a raison ou l'autre, il faut vivre avec un certain nombre d'inexpliqués. Ça c'est le contrepoids à la fameuse recherche scientifique ou technologique pour la santé. C'est de vouloir tout contrôler, à un moment donné on pense qu'on contrôle tout mais il y aura sûrement quelque chose dans certains de ces développements-là qui vont faire qu'oups... On retourne en arrière. [...].*

Intervieweur : *Donc il faut vivre avec cette incertitude, vous ne cherchez pas d'autres explications?*

Exactement, ça simplifie la psychologie, il y a simplification.

On peut remarquer, dans cet exemple, que contrairement à l'ensemble des participants pour qui le cheminement personnel est très important, cette idée qu'il faut vivre avec une part d'immaîtrisable ou cette idée que l'on ne peut tout expliquer, même en se sondant soi-même, amène une certaine simplification à la psychologie et à la responsabilité individuelle par rapport à son existence. Il y a une part de hasard, ce que cette personne mentionnera d'ailleurs à un autre endroit. Nous remarquons également la simplification de cette responsabilisation individuelle chez la participante 2.2.1, recrutée dans un cours de Cardio plein air, pour qui le cheminement personnel est de moindre importance. De plus, nous souhaitons souligner qu'une personne, recrutée dans un centre de yoga (participante 1.1.5), a mentionné ne pas gérer ce qui était immaîtrisable. Nous voyons également une simplification dans cette affirmation, ce qui vient également corroborer le fait qu'il est particulièrement difficile de séparer les participants de cette recherche selon leurs groupes d'appartenance. Nous remarquons que chez cette participante, pour qui le cheminement personnel est très important,

la simplification de certains éléments amenant un allègement de la responsabilisation individuelle est également présente dans son discours. C'est pourquoi, bien que nous décelions certaines différences, notamment, entre le groupe de Cardio plein air et celui du yoga, la différence majeure entre les participants n'est liée qu'à une chose : la différenciation entre « réalisation du Soi et émancipation du moi ». Aucune de ces deux attitudes n'est clairement coupée au couteau pour l'ensemble du vécu des participants. Il s'agit plutôt d'une tension entre deux manières de croire qui est présente chez tous les participants à des degrés divers, nous y reviendrons. Mais soulignons que pour nous, la réalisation du Soi n'est pas une meilleure attitude que celle qui consiste à l'émancipation du moi. Nous n'avons aucune prétention à affirmer qu'une attitude soit plus juste ou plus positive qu'une autre, ici. En fait, le but de cette thèse est de saisir la complexité de ce vécu contemporain liant la santé et la spiritualité, tout en demeurant lucide sur certaines conséquences qui pourraient amener un alourdissement du poids individuel dans nos sociétés par rapport aux vécus de la santé et de la spiritualité. De plus, l'émancipation du moi et la réalisation du Soi sont également des éléments qui sont parfois très difficiles à délier dans le vécu des individus interrogés, puisque dans leur vision des choses, très souvent l'émancipation du moi mène à une meilleure attitude envers les autres et par conséquent sort du moi restreint pour aller vers l'autre. Le but est de saisir toute la complexité de ce système de sens pour agir au mieux des connaissances lorsqu'il est question d'inclure la spiritualité en milieux hospitaliers ou à d'autres institutions dans le domaine de la santé, par exemple, et, au final, tout simplement de mieux saisir le religieux contemporain et ce qui l'anime.

3. Vide existentiel et bonheur

Toujours en continuité avec la réflexion et les observations faites précédemment, les réponses aux questions de savoir ce que représentent un vide existentiel et le bonheur pour les participants viendront également corroborer le fait que la responsabilisation par rapport à soi et à son existence est relativement élevée et claire pour l'ensemble des participants. Autrement dit, une seule personne lie sa représentation d'un vide existentiel à une cause extérieure à soi, comme le fait d'être isolée sans réseau social, notamment à cause d'une maladie chronique. Toutefois, cette personne dira que l'on peut agir pour briser cette solitude, ce qu'elle a fait elle-même (participant 2.4.2). Elle se retrouve alors, en partie, dans les réponses de dix autres personnes qui mentionnent que le vide existentiel est lié à un manque

de projet et à la difficulté de trouver un sens à l'existence. Une personne de ce groupe dira qu'il s'agit d'un *manque d'implication* par rapport à son existence et une autre dira que c'est bien aux individus eux-mêmes que revient la tâche de trouver un sens à leur existence.

Intervieweur : *Que représente le vide existentiel pour vous ?*

Participante 1.3.6 : [...]. *C'est vraiment nous qui donnons un sens à ce que nous faisons, parce que, si nous regardons d'une façon très rationnelle, c'est vrai qu'il n'y en a pas de sens. Donc, c'est là que les valeurs entrent en jeu, puis les ambitions et tout ça, tu te dis bien là, je suis là, qu'est-ce que je peux faire avec ça.*

Intervieweur : *Et comment je peux me construire mon sens ?*

Exactement.

Intervieweur : *Ça va venir de moi ?*

Oui, oui, oui. C'est sûr que l'on est influencé par plein de gens autour mais la décision finale nous revient à nous et c'est à nous de construire quelque chose.

Intervieweur : *Que représente le vide existentiel pour vous ?*

Participante 2.3.1 : *Je ne pense pas que l'on peut être vide, on dit qu'on se sent vide mais on sent quelque chose parce qu'on sent un vide.*

Intervieweur : *Si on ressent quelque chose, on n'est pas vide complètement ?*

C'est ça. Mais tant que tu vis ta vie le moins activement, je ne pense pas qu'un vide existentiel puisse exister.

Intervieweur : *Parce que tu peux te raccrocher à des choses ?*

C'est ça. Tant que tu prends la moindre implication dans la vie, je ne pense pas que ça puisse exister.

Nous observons clairement, encore une fois, qu'un vide existentiel est lié à l'intériorité et à l'agissement des individus concernés, selon la majorité des réponses à cette question : sept personnes diront un peu comme les dix autres, que le vide existentiel c'est de ne pas être dans l'attitude juste, d'aller contre soi et de ne voir que le négatif, et cinq personnes diront que cela représente une personne qui n'est pas en santé, en dépression ou ressentant un mal-être général. Soulignons que seulement cinq personnes disent qu'un vide existentiel ça ne leur dit rien du tout et qu'elles n'en ont donc aucune représentation, comparativement à sept personnes qui disent l'avoir déjà vécu et neuf qui disent l'avoir observé autour d'elles. Nous remarquons que le vide existentiel est donc tout de même quelque chose qui semble parfois vécu et observé, dans une certaine mesure, par plus de la moitié des participants, ce qui est considérable.

À la lumière de ces observations, nous dirions que le vide existentiel, tel que défini et expliqué par les participants à cette recherche, met en évidence le fait que celui-ci semble être davantage ressenti lorsque la responsabilisation individuelle, liée ici au vécu de la santé, ne peut être assouvie ou accomplie par la personne en manque de projets, d'implication ou autres. Et en ce sens, ceci ressemble davantage à l'individu en panne d'Ehrenberg, incapable de répondre à cette demande sociale d'accomplissement, donc le sens de l'existence est ici rompu puisque, comme nous l'avons démontré, le sens vient particulièrement du vécu de la santé. *A contrario*, ce vide ne viendrait donc pas principalement d'un manque de repères religieux, spirituels ou moraux. Les participants mentionnent bien un manque de sens, mais un sens lié à l'action et à la réalisation individuelle. Notre société a subi des changements majeurs faisant en sorte que la représentation de la santé, mue par de nouvelles normes sociales entraînant une sociabilité particulière, a récupéré principalement, ce que l'on tente de démontrer dans cette thèse, le rôle qui était dévolu anciennement à l'Église en ce qui concerne le fait d'agir comme guide pour les individus, guide d'une attitude juste. Il y a bien une attitude à suivre qui est dictée de l'extérieur et qui fait sens pour l'ensemble des participants. À notre avis, les Occidentaux contemporains ne sont pas sans guides, mais ce qui les guide peut devenir pesant, puisque dans la représentation de la santé est incluse celle de se réaliser et de devenir et, bien que cette représentation primordiale dans la société agisse comme guide, elle contribue à rendre les individus davantage responsables de tout ce qui touche à leur existence personnelle. Anciennement, la volonté divine pouvait prendre une partie de cette responsabilité sur ses épaules. Le vide existentiel actuel viendrait donc de la « fatigue d'être soi » (terme que nous empruntons à Ehrenberg) plus que d'un manque de repères religieux,

spirituels et moraux. Dans ce contexte, la spiritualité devient un outil pour relativiser cette responsabilisation individuelle, si tant est qu'elle ne vienne pas ajouter un poids supplémentaire lié à l'accomplissement personnel et à la réalisation du plein potentiel individuel.

En terminant, nulle surprise de constater que pour l'ensemble des participants le bonheur est également lié davantage à eux-mêmes qu'à l'extérieur : six personnes diront que le bonheur part de soi, sept qu'il est lié à leur santé globale, six que cela représente le fait d'être bien avec soi-même ou de faire ce que l'on aime et deux que cela représente le fait d'être serein et calme. Douze participants diront que le bonheur doit être simple donc qu'il se situe dans le contentement et l'acceptation et sept dans l'instant présent. Ici, maintenant, simplement, intérieurement, globalement résumerait la vision de l'ensemble des participants. Santé et bonheur vont de paires : six personnes affirmeront que tous les individus sont responsables de leur bonheur et de leur santé, ce qui reflète simplement la vision de l'ensemble des participants à des degrés divers.

4. Les technologies médicales ou la spiritualité?

Nous allons conclure notre analyse par une observation globale par rapport à la représentation de la santé et à son vécu particulier, correspondant à ce que nous avons nommé la voie de l'intériorité responsable, puisque la santé est clairement liée à la spiritualité davantage qu'à la science et à la technologie dans l'esprit des individus interrogés. En effet, nous aurions pu croire que l'obsession de la santé parfaite se serait traduite par un lien aux technologies médicales, aux recherches scientifiques et à la pharmacologie, par exemple, mais malgré l'influence indéniable des recherches en santé et de la prévention sur le vécu sanitaire des individus contemporains, la santé parfaite ne devient atteignable, possible ou significative qu'avec l'élément spirituel. Cette représentation de la santé ne peut exister sans une forme de spiritualité ou une philosophie de vie qui vient aider les participants dans ce cheminement sanitaire. Nous revenons donc sur le fait que la spiritualité, telle que perçue dans cette thèse, est un moyen de concrétiser le sens de l'existence donné par la santé mais, également, que la santé parfaite en soi est plus spirituelle que scientifique dans les représentations des individus interrogés. Ce que nous avons pu percevoir particulièrement lorsqu'il était question de définir la santé parfaite et lorsqu'il était question d'analyser tous les liens entre les représentations de

la santé, de la spiritualité et du cheminement personnel. C'est pourquoi nous démontrons clairement l'émergence d'une nouvelle spiritualité associée au lien entre les vécus sanitaire et spirituel des individus contemporains susceptibles de toucher tous les individus de la société, à des degrés divers, au-delà de leur appartenance confessionnelle ou autres. C'est pourquoi, également, nous devons donc bien analyser les conséquences de l'émergence de cette spiritualité, la voie de l'intériorité responsable, sur les vécus sanitaire et spirituel des individus afin d'en percevoir les forces et les limites. Ce qui nous permettra de mieux répondre à cette sensibilité spirituelle particulière dans différents milieux de soins ou autres et, surtout, de nous assurer que cette réponse sera bénéfique.

Les réponses liées à la croyance aux technologies médicales ou à la spiritualité pour améliorer notre état de santé sont donc très éclairantes sur ce point. D'abord, soulignons que tous les individus interrogés, à l'exception de deux personnes, vont dire croire en la spiritualité pour améliorer l'état de santé et de longévité de la population dans son ensemble. Sur ces vingt-quatre personnes, deux personnes ont des réponses amenant une nuance ou une précision. Une croit en la spiritualité pour améliorer la santé mais non en la religion, puisqu'elle croit qu'il n'y a pas juste du bon dans la religion catholique, bien qu'elle soit catholique pratiquante. Elle souligne qu'elle a foi en Dieu et que c'est cette foi qui entre d'abord en considération et non la religion comme telle. L'autre personne mettant un bémol, bien qu'elle croit en la spiritualité pour améliorer les conditions de santé, pour l'avoir également mentionné en réponse à d'autres questions, précisera toutefois qu'elle croit davantage à une certaine idéologie:

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent-elles contribuer à cette amélioration?*

Participante 1.3.5 : *Je ne suis pas tant, ce n'est pas une forme de religion mais une certaine idéologie.*

Intervieweur : *Philosophie, morale...*

Oui, [...]. On se rend compte qu'aujourd'hui c'est révoltant parce que la santé c'est comme si c'était un privilège, alors que tout le monde devrait être en santé et je crois

que, comme état, comme gouvernement, comme collectivité, on doit faire en sorte de rendre ça accessible à tout le monde parce que ce n'est pas vrai que quand on veut, on peut être en santé. Donc, ça me touche beaucoup. Pour moi, l'aspect santé c'est global, mais ça devrait être collectif aussi. C'est peut-être trop individualisé présentement, ça fait peut-être trop porter la responsabilité sur les individus eux-mêmes. Des actions collectives, bon, il y en a quand même, la lutte contre l'obésité, la lutte antitabac, tout ça, mais il n'y a pas de militance assez forte pour ça.

Intervieweur : *Pour l'accessibilité?*

Oui.

Intervieweur : *Donc vous jugez qu'une certaine morale pourrait améliorer notre état de santé général.*

Oui, oui c'est ça.

Cette personne souligne le fait que cette morale, au-delà de l'individualisme, devrait être en mesure d'aider la collectivité, selon son idéal personnel. Elle souligne donc que parfois cela devient trop personnalisé. Comme nous l'avons vu, plusieurs personnes croient fermement qu'il faut d'abord s'occuper de soi pour mieux agir envers les autres, ce qui constitue un aspect important de la voie de l'intériorité responsable où l'on doit jongler avec les règles sociales de responsabilisation personnelle forte par rapport à sa santé et à son existence, tout en développant des valeurs et une attitude qui contribuera à de meilleures relations et au mieux-être de tous. Sur ces vingt-quatre personnes, ce qui est particulièrement intéressant, c'est que plusieurs d'entre elles ont répondu ne pas avoir de spiritualité au départ. Mais nous remarquons, donc, qu'elles y croient tout de même d'une certaine façon ou qu'elles mentionnent que ce sera leur philosophie de vie qui agira. Enfin, peu importe comment les participants définissent cette dimension dans leur existence, ils en arrivent au même constat en ce qui concerne une attitude juste et ses conséquences sur la santé. On peut clairement voir poindre à l'horizon l'existence d'une morale commune entre tous les participants liée à la voie de l'intériorité responsable:

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

Participant 2.3.1 : *Notre santé mentale, oui, parce que je pense, même si je ne suis pas croyante, je ne l'imposerais pas à personne et je n'aimerais pas que les personnes l'imposent sur moi. Mais si, pour eux, ça leur donne une santé mentale et une paix intérieure là bien tant mieux. Parce que, ça, c'est un côté de ta santé, c'est ta santé mentale et si tu vas chercher ta santé mentale par une spiritualité, par une religion, tant mieux.*

Intervieweur : *Ça t'appartient et ça peut être bon?*

C'est ça.

Intervieweur : *Et toi, ta philosophie de vie, tu avais mentionné que ça t'aidait un petit peu aussi pour ta santé?*

Oui, bien ma philosophie de vie c'est d'être gentille avec autrui et il faut s'aimer soi-même et pour s'aimer soi-même bien il faut prendre soin de soi-même, alors c'est toute une boucle.

Intervieweur : *C'est tout lié.*

C'est tout lié, c'est ça. C'est tout ensemble, alors donc, oui, pour moi ma philosophie c'est essentiel et je pense que, oui, pour les autres aussi, peu importe c'est quoi qu'il prend comme spiritualité, comme philosophie.

Intervieweur : *Ça a un impact sur la santé?*

Je pense que oui.

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

Participante 1.3.6 : *Bien c'est certain en fait, c'est aussi con que c'est prouvé scientifiquement que le stress interfère sur plein de processus biologiques et ça, ça va avoir des effets néfastes. Donc, à la limite, que ce soit vrai ou pas, croire en une force supérieure, croire en quelque chose, bien c'est comme si ça va enlever un stress parce que tu remets un peu ton destin non pas sur tes épaules mais sur une force supérieure si on veut. Si ça diminue le stress, c'est souvent des choses qui vont aider les gens beaucoup, parce que sinon pourquoi est-ce que tu aurais ces croyances-là dans ta vie. [...].*

Intervieweur : *Et vous votre philosophie liée à la positivité, ça vous aide aussi?*

Bien oui parce qu'à un moment donné il faut lâcher prise, ok là ça ne marche pas du tout il va y avoir quelque chose de bien qui va arriver parce que je vais garder les yeux ouverts sur les occasions. Donc là, ça ne me sert à rien de me stresser avec ça et je décroche, au lieu de juste stresser à propos de la situation qui ne va pas bien ou de dire ok qu'est-ce que je vais faire? Bien je lâche prise et je garde l'œil ouvert. Et souvent, pas longtemps après justement parce que je n'ai pas juste le nez dans ce qui ne va pas bien mais que je regarde ce qui pourrait arriver de bien, bien ça fonctionne.

Participant 1.2.2 : *Il y a des gens, comme les bouddhistes que je connais, tout ça c'est très lié [la santé et la spiritualité] mais dans le fond ce n'est pas tellement leur foi, c'est plus la conséquence de leur foi sur leur mode d'agir qui fait qu'ils se retrouvent en meilleur état d'esprit et, ou, de santé. Par exemple, les bouddhistes veulent intégrer des choses... L'église orthodoxe ils ont tout leur gestuelle pour entrer dans un processus, ça les mets dans un état de calme, de détente si on veut, qui fait que ce n'est pas la religion, c'est l'état qu'ils ont atteint qui fait, dans certains cas, qu'ils vont, mettons, mieux réfléchir et, dans d'autres cas, pouvoir aborder une situation différemment.*

Ces personnes parlent, notamment, des conséquences de la foi ou de la spiritualité sur l'existence des individus et donc de cet effet bénéfique pour leur santé globale. Cette idée revient à celle de la spiritualité agissant comme outil au quotidien et rejoint celle exprimée plus particulièrement par les six personnes ayant affirmé croire davantage en la spiritualité qu'en la science :

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

Participante 1.3.7 : *Oui. Bien je pense que tout est possible, vraiment, pour moi. J'ai tellement vu de choses, vécu de choses, que tu me dirais qu'il y a une licorne là en arrière et je te croirais. Je pense vraiment que tout est possible, mais surtout que ce n'est pas la spiritualité et le dieu ou quoi que ce soit qui va « pitcher » quelque chose. Faut que tu le prennes en dedans de toi.*

Intervieweur : *Ça part de vous?*

Oui, je pense que l'être humain a énormément de pouvoir mais qu'il n'est juste pas capable de s'en servir. Comme le pouvoir d'auto-guérison, des gens qui justement sont capables de s'auto-guérir, c'est juste qu'il faut que tu saches un peu comment faire et il faut que tu y crois fermement et ça fonctionne. Justement en Inde, en Chine, tout ça juste avec des aiguilles, ils font des opérations, ils anesthésient complètement et la personne est encore consciente, je pense que c'est d'aller puiser dans les ressources du corps.

Intervieweur : *Donc ça, ça dépasserait la technologie?*

Oui, ça dépend, encore l'exemple des points de suture il y a des choses... Tu n'es pas capable de regarder ton bras et qu'il se referme. Mais, en même temps, tout est possible, je ne sais pas [...] c'est juste qu'il y a peut-être encore personne qui a trouvé comment le faire.

Intervieweur : *Mais ce serait en allant puiser à l'intérieur de soi, dans les ressources du corps?*

Oui, moi je pense que oui. C'est plus fort que la technologie. Peut-être pas pour aller sur la lune mais en ce qui a trait à la santé, c'est plus fort que la technologie. Tout ce que la technologie peut régler, on pourrait le régler par soi-même, sans la technologie. Grosse affaire que je dis là (rires).

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité?*

Participant 1.1.4 : *Ha! Oui, absolument! Plus on travaille là-dessus, moins on a besoin de la médecine traditionnelle, à mon avis.*

Intervieweur : *Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

En étant calme et bien avec soi-même.

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité?*

Participante 1.1.5 : *Ha! Un oui catégorique. Oui, oui. [...].*

Intervieweur : *Comment notre spirituel peut nous aider dans notre santé, notre bien-être?*

La compréhension de nous, de nous-mêmes. C'est énorme parce qu'il y a tellement de maladies qui sont reliées au côté psychologique. Il y en a énormément des maladies qui sont reliées à ça. Alors, de se comprendre, de prendre le temps de comprendre pourquoi on réagit comme ça, dans telle ou telle circonstance, pourquoi on est fait comme ça, pourquoi on est là, pourquoi... Il me semble, je ne sais pas. [...].

Intervieweur : *Diriez-vous que même c'est plus important ce côté-là que la science et la technologie? Plus important ou ce sont deux choses encore...*

(Soupir et long silence) *C'est presque plus important... Oui... Compréhension de soi, une vie logique.*

Intervieweur : *Par rapport à soi?*

Par rapport à soi, par rapport à tout le monde.

Intervieweur : *Être bien avec les autres?*

Oui, c'est un tout. Si tout le monde est bien avec lui-même...

Intervieweur : *Les relations s'en trouvent...*

Bien, les relations humaines, en général, seraient plus faciles. Il y aurait probablement moins de guerres. Il y aurait probablement moins de maladies, maladies mentales.

Intervieweur : *Donc, ça aide au bien-être et à la santé.*

Oui.

Dans ces différents exemples, nous pouvons observer comment la spiritualité est liée à l'intériorité des individus et comment cette intériorité est particulièrement importante et capitale dans la vie des individus interrogés. Capitale au point de devenir plus importante que la science et la technologie lorsqu'il est question de santé. Ce qui est très intéressant puisque, justement, à cet effet nous avons remarqué que l'ensemble des participants est plutôt mitigé quant à l'apport de la science et des technologies en santé. Ce qui nous fait dire, encore une fois, que la santé parfaite est davantage liée à la spiritualité, à l'intériorité et, pour les réponses que nous qualifions de plus intenses, aux forces intérieures, aux potentiels et aux forces du mental... La spiritualité permet le développement de ces capacités et ainsi répond à la règle sociale dominante liée à la responsabilisation toujours croissante par rapport à soi. Comme

nous l'avons vu, pour certains cette idée est particulièrement intense mais rejoint tout de même celle des autres quant à l'importance de mieux se comprendre en général.

Plus précisément, tous les participants disent croire en certains aspects de la science et de la technologie pour améliorer l'état de santé et de longévité de la population dans son ensemble mais, tous, sans exception, y apportent certains bémols, mis à part deux personnes. L'une d'entre elles mentionne tout de même qu'elle croit en la science et en la technologie particulièrement pour améliorer les conditions liées au corps physique seulement et que, justement, à cet effet la spiritualité serait aidante en ce qui concerne d'autres aspects de la santé. Quatre autres personnes ont également mentionné cette idée liée au fait que les sciences et les technologies aident particulièrement à l'aspect physique de la santé. En fait, quinze personnes ont mentionné qu'elles croyaient en certaines formes de technologies et certaines recherches scientifiques, notamment, liées aux différents cancers et huit personnes ont mentionné qu'elles croyaient vraiment en la positivité de la prévention.

Toutefois, quinze personnes sont mitigées par rapport aux sciences et aux technologies en disant qu'elles sont parfois mal utilisées ou que ce n'est pas toujours un progrès. Sur ce, six personnes sont contre l'acharnement thérapeutique et huit diront qu'elles ne peuvent tout régler et que l'on doit également faire des efforts, ne pas attendre après la pilule miracle, par exemple. Une personne mentionnera d'ailleurs qu'elle ne croit pas aux médicaments et à la pharmacie. En fait, la seule personne qui a clairement répondu qu'elle ne croyait pas en la spiritualité pour améliorer nos conditions de santé et de longévité, ne semble pas croire davantage en la science :

Intervieweur : Avez-vous foi en la technologie et la science pour améliorer nos conditions de santé et de bien-être ainsi que notre longévité? Pourquoi, et si oui, comment peuvent-elles contribuer à ces améliorations?

Participante 1.3.9 : Je ne sais pas. Je pense que oui, dans le sens que c'est sûr maintenant la technologie est plus évoluée que la science. Si quelqu'un est malade il va peut-être être capable de mieux guérir mais en même temps, je pense que le meilleur moyen ça reste la prévention là. Il ne faut pas non plus « scraper » notre vie pendant notre jeunesse pour dire à bien à 65 ans c'est correct les médecins vont

s'occuper de moi. En même temps, ce n'est pas une vie à vivre à 65 ans, j'aimerais mieux être capable d'aller jouer au badminton encore à 65 ans.

Intervieweur : *Donc un lien avec la qualité de vie?*

Oui.

Intervieweur : *Ne pas que s'appuyer sur la science?*

Non, oui, non. Je trouve que ce serait ennuyant si on en était rendu là, là. Je pense que l'on est mieux de faire attention à nous-mêmes avant.

Intervieweur : *Faire les efforts?*

C'est ça, faire les efforts. Oui il y a des choses qui sont bonnes, la technologie avance rapidement, c'est sûr que je n'ai pas peur vraiment pour mon futur mais en même temps, je vais m'arranger pour ne pas en avoir besoin. L'idée ce n'est pas de survivre grâce à ça.

Intervieweur : *Avez-vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

Non, non. Je ne pense que la santé... Bien pour moi non parce que c'est vraiment mon entourage autour de moi qui va faire que je me sens bien et les moyens que je prends [...]. Non, je ne pense pas qu'une philosophie de vie va m'aider à améliorer ça.

Intervieweur : *Et collectivement?*

Non, pour la santé je suis plus du genre à penser que c'est toi qui va travailler pour.

Intervieweur : *Donc ce n'est pas un aspect, même collectivement.*

Non, je ne vois pas, non. Bien peut-être qu'il y a des gens qui ont besoin de ça, eux, pour se donner la force, là, mais moi je n'en ai pas besoin.

Dans cet exemple, nous voyons particulièrement que ce qui prime, pour cette personne, est la responsabilisation individuelle. Ce que nous remarquons clairement pour l'ensemble de son entretien. C'est une personne qui ne s'appuie sur aucune spiritualité, peut-être quand même sur une certaine philosophie de vie, et qui a également répondu que le terme cheminement personnel ne lui disait rien. Toutefois, nous remarquons qu'il est tout de même très important dans son parcours, notamment, suite à certaines psychothérapies ou certains questionnements par rapport à soi qu'elle a effectués. Cette personne est donc liée aux individus ayant une responsabilisation forte par rapport à leur existence mais elle n'est pas spirituelle. Comme nous l'avons mentionné auparavant, la différenciation entre les participants n'est pas liée à leur appartenance confessionnelle, au groupe dans lequel nous les avons recrutés, à leur sexe ou à leur âge, bien que l'on note certaines différences mineures. Ce que nous remarquons, plutôt, c'était que plus la spiritualité était présente dans le vécu de l'individu, plus la responsabilisation de l'individu par rapport à l'ensemble de son existence était prégnante. Ceci est effectivement une tendance remarquée. Bien qu'imparfait, cet exemple le montre bien mais jusqu'à un certain point, puisque l'importance du cheminement personnel, du travail sur soi et la représentation d'une santé globale sont bien présents chez cette personne ainsi qu'une certaine philosophie de vie. Nous pourrions, alors, nous poser la question à savoir si ce n'est pas simplement sa définition de la spiritualité et du cheminement personnel qui est en cause.

Ce que nous percevons, finalement, c'est que certains individus ayant une spiritualité forte se retrouvent dans les extrémités, donc, ayant également une responsabilisation forte par rapport à l'ensemble de leur existence, au même titre que des personnes qui n'ont pas de spiritualité mais une croyance forte au cheminement personnel, ou encore, que certains individus qui ont une spiritualité forte mais qui ne croient pas au cheminement personnel comme tel. L'aspect psychologique de la santé sera simplifié chez certains individus ne croyant pas au cheminement personnel, les rendant également moins responsables d'événements extérieurs à leur existence. En fait, les gens qui semblent moins spirituels accordent parfois moins d'importance justement à la force du mental et il y aurait donc une forme de responsabilisation qui serait moins présente chez eux. Mais, tout compte fait, les différenciations que nous observons entre les individus ayant répondu avoir une forte spiritualité et les autres ou ceux ayant répondu croire grandement au cheminement personnel et les autres, est imparfaite. C'est-à-dire qu'elle ne nous permet pas de séparer clairement les individus dans des catégories distinctes par rapport au lien entre leurs croyances et leur taux

de responsabilisation individuelle par rapport à leur santé. L'exemple que nous venons de citer le démontre bien. Cette personne, pour qui le cheminement personnel n'est pas significatif et qui n'a pas de spiritualité, croit fermement en la responsabilisation totale par rapport à son existence. Ce que nous remarquons chez l'ensemble des participants, à des degrés divers. La voie de l'intériorité responsable, au-delà des définitions individuelles de la santé, de la spiritualité et du cheminement personnel, rallie les participants de cette recherche par rapport à leurs vécus sanitaire et spirituel ou philosophique.

En fait, nous en arrivons à la conclusion que tous adhèrent à la voie de l'intériorité responsable, entraînant une responsabilisation forte ou relativement forte de chacun par rapport à sa santé et, selon les représentations dominantes, à son existence propre. La voie de l'intériorité responsable rallie les définitions de la spiritualité à celles d'une philosophie de vie et les définitions du cheminement personnel à celle du travail sur soi. Et lorsque nous parlons de différents degrés, nous ne faisons pas de différenciation majeure entre les participants. En fait, ce que nous remarquons, c'est qu'il existe deux formes de tensions, liées au vécu de la voie de l'intériorité responsable, qui sont présentes chez tous les participants. La première étant celle de se tourner à la fois vers soi et à la fois vers l'autre et, la seconde, étant de se responsabiliser, d'avoir la volonté, de développer son plein potentiel et, en même temps, de savoir lâcher prise et de s'abandonner à une force plus grande ou autres. Ce qui différenciera les individus est davantage la manière de vivre ou tout simplement de croire en la voie de l'intériorité responsable. Par exemple, une personne catholique pratiquante se retrouve à un autre extrême dans cette analyse, elle semble avoir le taux de responsabilisation personnel le moins élevé, bien que par rapport à sa santé, la responsabilité est indéniable. De plus, cette personne n'est pas différente des autres en ce qui concerne le fait de se construire une spiritualité à son image et en lien avec son bien-être et aux représentations de la santé véhiculées socialement. La voie de l'intériorité responsable est bien présente chez cette personne également, mais il semble que l'abandon fasse davantage partie de sa façon d'utiliser la spiritualité ou tout simplement de croire :

Intervieweur : *Avez- vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?*

Participante 1.3.8 : *Bien moi c'est sûr. Moi c'est la relation avec Dieu, avec Jésus.*

Intervieweur : *Est-ce que vous estimez que ça peut améliorer nos conditions de santé?*

Ha! Ça c'est clair pour moi, c'est clair pour moi que oui, oui.

Intervieweur : *De quelle manière?*

C'est parce que je m'abandonne. Il m'arrive quelque chose, un pépin, quelque chose, bien je me dis bon, si le bon Dieu m'envoie ça, c'est que ça a un sens. Ça se peut que ça ne fasse pas mon affaire mais lui il sait quel sens ça peut avoir et j'essaye de découvrir qu'est-ce que je peux retirer de ça, fait que c'est plus ça ma démarche.

Intervieweur : *Donc cela aide à l'état de santé?*

Ha! Oui, oui même que je cultive, j'ai encore bien du chemin à faire là-dessus, je cultive l'attitude d'abandon. De me laisser aller, que ce qui m'arrive ça a un sens et il faut que je fasse confiance au bon Dieu, à ce qui m'arrive [...].

Intervieweur : *Donc cette foi-là que vous avez, ça vous aide en vous donnant un support?*

Ha! Exactement, ça me donne un support oui, oui c'est ça mon gros support. [...].

Dans cet exemple, nous pouvons percevoir une légère différence dans la manière dont cette personne a de croire ou de se servir de la religion ou de sa foi. Cette différence se situe dans le lâcher-prise ou dans l'abandon face à ce qui arrive. Ce qui fait en sorte que la responsabilisation individuelle n'entre pas en ligne de compte en ce qui concerne certains aspects de l'existence. Nous disons bien, certains aspects, puisque cette responsabilisation individuelle est vécue par tous, à des degrés divers. Ce qui est observé ici c'est que cette personne se lie également à certains individus ayant une spiritualité importante mais une responsabilisation moindre par rapport aux événements extérieurs à eux-mêmes. Dans leur cas, il sera question, soit de lâcher prise plutôt que d'abandon ou d'acceptation et d'une force supérieure, d'une énergie et non de Dieu, comme pour cette personne. Quoi qu'il en soit, si nous revenons à la citation de Serge Rochon où il était question de faire une différence entre émancipation du moi et réalisation du Soi, nous pourrions également mentionner, ici, la

différenciation qu'il fait entre individualisme et individuation : « L'individualisme est une attitude profondément immature car l'individualiste vit dans 'son' monde alors que nous sommes appelés à vivre dans 'le' monde. » (2011 : 186). Le processus d'individuation serait lié, quant à lui, à la recherche du Soi en soi, en gardant à l'esprit que le Soi nous dépasse : « Le Soi ne nous appartient pas. C'est plutôt nous qui lui appartenons. Le Soi n'est pas un ensemble de qualités à développer pour améliorer notre performance dans le monde. La recherche du Soi est à l'opposé de la quête individualiste présente dans nos sociétés. » (2011 : 185). Selon Denis Jeffrey⁶⁴, sociologue cité dans le livre de Rochon, « l'individualisme contemporain constitue un repli sur soi alimenté par la crainte de ne pouvoir satisfaire ses désirs égotistes : [...] En un mot, l'individualisme est un mode d'être du sujet de droit enfermé dans ses préoccupations personnelles. » (2011 : 185,186).

Plus précisément, ce que nous remarquons dans cette thèse, c'est une tension entre la tendance individualiste et le désir de rencontrer l'autre et d'améliorer notre relation à l'autre par une meilleure compréhension de nous-mêmes ainsi qu'une tension entre plus de responsabilisation individuelle pour accroître notre niveau de contrôle sur notre existence, allant jusqu'à pousser les limites toujours plus loin, et la tendance à lâcher prise et à accepter ce qui est. Ces tensions existent chez tous les individus interrogés. C'est pourquoi, classer les participants selon leur confession ou le fait qu'ils aient été recrutés dans un groupe de yoga ou de Cardio plein air ne fait pas sens ici, ce sont ces tensions qui sont à saisir. Comme nous l'avons mentionné, le narcissisme et l'individualisme cités par nombre d'auteurs, n'appartiennent pas qu'à l'individu isolément mais sont liés au contexte général associé à l'obsession de la santé parfaite, aux normes sanitaires en cours et aux règles sociales dominantes liées, notamment, à la responsabilisation individuelle par rapport à son existence. En ce sens, la voie de l'intériorité responsable, en tant que garante d'une certaine morale collective, dépasse l'individualisme. Ce qui fait la différence entre les participants, n'est pas qu'ils croient davantage pour émanciper leur moi ou pour réaliser le Soi, la différence est simplement le point de tension entre ces deux éléments. Point de tension qui, pour certains, penchera plus d'un côté ou de l'autre. Mais soulignons que ce ne sera que pour certains aspects de leur existence et non pour d'autres. La complexité de ce lien entre la spiritualité et la santé réside particulièrement de ces tensions, selon nous. D'un côté, certaines règles sociales influencent un parcours individualiste et responsable et, de l'autre, les individus tentent d'aller vers

⁶⁴ JEFFREY, Denis. *Jouissance du sacré : religion et postmodernité*, Paris, Armand Collin, 1998, 168p.

davantage de lâcher-prise et davantage de compréhension d'eux-mêmes pour aller vers l'autre. Ces tensions sont constitutives de la voie de l'intériorité responsable émergente qui représente une stratégie spirituelle contemporaine particulière, ralliant nombre d'individus dans leur manière d'utiliser la spiritualité et de se la représenter, dans un contexte de complexification de la définition de la santé et d'accentuation de la responsabilisation individuelle.

En terminant, en ce qui concerne particulièrement l'apport des sciences et des technologies médicales en comparaison à celui de la spiritualité sur la santé des individus, nous tenons à souligner un fait qui nous semble important. Nous avons mentionné que la santé parfaite serait davantage liée à la spiritualité qu'aux sciences et aux technologies puisque la plupart des individus contestent certains aspects des sciences et des technologies médicales et que la santé parfaite est un état qui ne peut exister sans l'aide de la spiritualité pour l'ensemble des participants. Les sciences et les technologies médicales ne prendraient en compte qu'un aspect de la santé, selon les représentations de plusieurs participants, qui est le physique. La spiritualité, quant à elle, permettrait d'accéder à un tout autre état santé qui englobe tous les niveaux cités (physique, psychologique, social et spirituel). Nous voulons donc spécifier ici que dans la pratique des soins et, comme nous sommes à l'ère de la médecine intégrative (travaillant en complémentarité avec certaines médecines complémentaires), la biomédecine et les médecines complémentaires font toutes les deux partie de cette culture de la santé parfaite. Effectivement, nous séparons souvent ces deux médecines en disant qu'une traite davantage le physique et l'autre le mental et parfois le spirituel. En fait, la culture de la santé parfaite implique évidemment l'existence d'une médecine intégrative, puisque la complexification de la définition de la santé exige de s'attarder à plusieurs aspects liés à l'individu et à sa santé. Tout ce que nous souhaitons souligner c'est que si nous mettons en lumière, à la suite de cette analyse, certaines limites de la spiritualité ou certaines conséquences de la complexification de la définition de la santé dans les vécus sanitaires individuels qui pourraient s'avérer plus nuisibles que salutaires, en venant augmenter les préoccupations et alourdir le poids individuel par rapport à soi et à sa responsabilisation, ces limites s'adressent à tout un système, incluant autant les médecines complémentaires que le domaine de la biomédecine. L'obsession de la santé parfaite guette autant l'une que l'autre dans ce contexte. Nous devons donc être conscients de ce contexte qui lie ces deux médecines par le fait qu'elles font face aux mêmes dangers.

Nous y reviendrons dans la conclusion de cette thèse, mais il semble indéniable que mieux comprendre les vécus sanitaire et spirituel de différents individus issus de la culture québécoise afin de mieux y saisir les nouvelles formes du religieux contemporain, nous aidera à poser des actions dans les domaines de la santé ou autres, qui répondront davantage à cette sensibilité spirituelle particulière liée à la voie de l'intériorité responsable. Que ce soit dans le domaine des médecines complémentaires, en biomédecine ou autres, en éducation, par exemple, nous devons demeurer attentifs à ces points de tensions que nous venons d'expliquer. À l'image de l'individu qui doit maintenir l'équilibre à tous les niveaux (physique, psychologique, social et spirituel) pour demeurer en santé, les actions qui seront posées devront maintenir l'équilibre entre ces deux points de tension liés particulièrement à l'émancipation du moi et à la réalisation du Soi.

Nous concluons donc cette analyse des données de terrain, en statuant que la voie de l'intériorité responsable, définissant une nouvelle sensibilité spirituelle axée sur le lien entre la santé et la spiritualité, est de plus en plus présente chez les individus contemporains et qu'elle s'exprime dans le cadre d'une nouvelle modalité du croire que nous avons nommé la foi sans abri. Dans la troisième et dernière partie de cette thèse, nous élaborerons davantage sur cette nouvelle modalité du croire et cette nouvelle expression de la foi que nous mettons ici de l'avant en démontrant également qu'elles sont transférables à d'autres études de cas que nous avons observées, telles celle des spiritualités féministes (annexe III) et celle liée à notre étude en collaboration avec le GRDU au sein d'une Église de type *Interfaith* au Québec. En effet, en recherche qualitative nous partons du particulier pour aller vers le général, ce qui fait que nous ne prétendons pas à la généralisation de nos résultats mais bien à la « transférabilité » de nos résultats (Mukamurera et al. 2006). Selon Mukamurera *et al.*, ce processus est « la capacité d'une recherche (ses conclusions) à faire sens ailleurs. » (2006 :129). Ce que nous voulons donc démontrer, à l'aide de l'étude de terrain que nous avons réalisée au sein de cette Église particulière. De plus, nous ouvrirons les perspectives de notre thèse en démontrant la pertinence de mieux saisir cette nouvelle modalité du croire, actuellement, dans notre société afin d'adapter, notamment, les services de soins et de santé en conséquence.

TROISIÈME PARTIE

« Transférabilité » et contribution

CHAPITRE X

La voie de l'intériorité responsable : une expression de la « foi sans abri⁶⁵ »

Dans le cadre de ce chapitre, nous amènerons la proposition de nouveaux concepts qui sont ceux de la voie de l'intériorité responsable que nous avons déjà exposée dans la deuxième partie de cette thèse, et de la « foi sans abri » que nous expliquerons, ici, pour rallier entre eux différents cheminements épars au sein des sociétés occidentales contemporaines en ce qui a trait aux vécus de la santé et de la spiritualité. Comme nous l'avons observé dans le cadre de notre recherche de terrain, les individus interrogés ne se définissent pas de la même manière lorsqu'il s'agit d'expliquer leur spiritualité, leur religion ou leur philosophie de vie mais, quoi qu'il en soit, nous avons clairement observé l'homogénéité de notre groupe de participants en ce qui concerne le lien entre leurs cheminements sanitaire et spirituel, religieux ou philosophique. Bien qu'individuels, ces cheminements, s'abreuvant à la source de différentes traditions religieuses et spirituelles, contribuent à façonner une identité spirituelle nouvelle nous éclairant sur les croyances et les valeurs collectives ainsi que sur les règles de sociabilité dominante au sein de notre société, ce qui a déjà été mis de l'avant dans le troisième chapitre et qui s'est vérifié lors de notre analyse de terrain.

De prime abord, ces cheminements spirituels pourraient sembler hétéroclites, personnalisés et liés davantage à une quête individuelle qu'à certaines normes sociales mais nous avons clairement observé qu'il n'en est pas ainsi. Les normes sociales influencent indéniablement le parcours des individus que nous avons interrogés et leur cheminement spirituel, religieux ou philosophique se lie tous à leur vécu sanitaire correspondant à certaines normes sociales dominantes. Nous observons donc que le lien entre les vécus sanitaire et spirituel des participants à notre recherche est incontestable et contribue à l'émergence d'une nouvelle forme de spiritualité que nous avons nommé la voie de l'intériorité responsable en raison de la grande responsabilité individuelle qu'elle implique et du fait que l'intériorité est un terme qui rallie davantage les individus interrogés comparativement aux termes spiritualité et religion.

⁶⁵ Ce chapitre s'inspire de l'article suivant : DELISLE, Sara. « Quête de santé et cheminement spirituel : une règle commune ralliant la diversité de certains vécus spirituels contemporains », *Studies in Religion/Sciences Religieuses*, Vol. 43, No 1, Mars 2014, p. 509-523.

Plusieurs auteurs dont, notamment, Reginald W. Bibby (2004), Françoise Champion (2004), Danièle Hervieu-Léger (1999) et Charles Taylor (2007) se sont intéressés à la problématique de l'éclatement du religieux contemporain ainsi qu'aux nouvelles formes de vécus spirituels ou religieux. En anthropologie médicale certains auteurs, comme Illario Rossi (2007), se sont également intéressés au lien entre les quêtes spirituelles, les quêtes de santé et le pluralisme médical actuel, par exemple. Nous avons donc souhaité amener une contribution supplémentaire à ces recherches en démontrant, à l'aide de notre analyse anthropologique, que ces cheminements, bien qu'individuels, sont clairement intégrés dans un ordre de représentations sociales plus vaste qui les encourage, dans un monde où la santé et le cheminement personnel deviennent des valeurs supérieures. La voie de l'intériorité responsable constitue une nouvelle expression de la foi guidée par les règles de sociabilité actuelles liées à la responsabilisation individuelle par rapport à son existence et au phénomène de l'obsession de la santé parfaite que nous avons expliqué au départ.

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser davantage à une étude de terrain secondaire que nous avons réalisée auprès d'un groupe d'individus membres d'une église de type *Interfaith* au Québec. Nous y avons fait plusieurs observations participantes liées notamment à certains rituels clés au sein de l'Église et nous y avons interrogé quatre personnes. Cette recherche s'est faite en collaboration avec le Groupe de recherche diversité urbaine (GRDU) de l'Université de Montréal. Comme nous l'avons déjà mentionné, elle s'inscrit dans le cadre du projet « Pluralisme et ressources symboliques : les nouveaux groupes religieux au Québec ». Nous allons donc nous servir de cette recherche afin de démontrer que cette nouvelle expression de la foi, liant cheminement sanitaire et spirituel, s'institutionnalise. Enfin, nos études de terrain démontrent clairement que la santé parfaite est directement liée au concept de santé globale ou holistique et qu'elle ne peut ainsi être séparée facilement d'un cheminement spirituel. Le lien entre la santé et la spiritualité constitue en soi une nouvelle forme de religieux contemporain. Une nouvelle expression de la foi (la voie de l'intériorité responsable) qui s'exprime dans le cadre d'une modalité du croire particulière que nous nommons la foi sans abri et que nous allons expliquer dans le cadre de ce chapitre.

1. Précisions sur cette modalité du croire particulière : la foi sans abri

Qu'est-ce qui, dans certaines sociétés occidentales contemporaines, influence ce type de cheminements personnels liés à la spiritualité et à la santé ou à la quête d'un mieux-être? Quelles sont les représentations sociales dominantes qui contribuent à donner du sens à la voie de l'intériorité responsable? Selon nos observations et nos analyses, le concept d'une « foi sans abri » semble mieux adapté pour rendre compte de cette modalité du croire, liée à ces cheminements spirituels et sanitaires contemporains, que le concept de « religion à la carte » proposé par Bibby dans son livre *Fragmented Gods. The Poverty and Potential of Religion in Canada*⁶⁶. Les individus magasinent et consomment, effectivement, autant de nouvelles spiritualités que de soins alternatifs et de promesses de mieux-être et de bonheur, soit. À certains égards, certains pourraient même magasiner une religion mais, en ce qui concerne les individus que nous avons interrogés dans le cadre de notre thèse, nous ne pouvons dire qu'ils recherchent ou magasinent une religion. Ils ne sont pas à la recherche d'un dogme ou d'une religion instituée leur donnant l'explication de la transcendance ou de la Vérité, et ce, même lorsque leurs croyances sont liées à une religion en particulier. Nous avons effectivement bien observé que les individus qui sont catholiques pratiquants, par exemple, modèlent leurs croyances à leur image ou selon leur vécu et n'adhèrent pas à tout en ce qui concerne les valeurs et les croyances catholiques, ils adhèrent à celles qui leurs semblent justes. Dans le cas des individus ayant une foi sans abri, il est donc normal de butiner et de piger dans différentes traditions spirituelles et religieuses puisque c'est le cheminement individuel qui fait sens et non l'abri ou l'institution. Dans ce cas, on ne peut donc parler de religion à la carte pour expliquer ce phénomène, on comprend que ça ne fait pas sens.

D'ailleurs, Bibby s'interroge sur la question, toujours dans son livre *Fragmented Gods. The Poverty and Potential of Religion in Canada*, où il cite Luckmann qui avait écrit, en 1967, un ouvrage s'intitulant *The Invisible Religion*⁶⁷. Pour cet auteur, la religion n'était pas en train de

⁶⁶ Bibby a écrit des livres plus récents où il est question d'une résurgence du religieux dans le paysage canadien. Mais pour ce qui a trait aux groupes d'individus que nous avons interrogés, c'est encore son livre *Fragmented Gods. The Poverty and Potential of Religion in Canada* qui est le plus pertinent de mettre de l'avant pour expliquer certains points de notre analyse. De plus, l'expression « religion à la carte » est actuellement fréquemment employée dans différents domaines pour définir ces cheminements spirituels individuels.

⁶⁷ LUCKMANN, Thomas. *The Invisible Religion*, New York, Macmillan, 1967.

disparaître même si nous étions en train de voir le déclin de la religion axée sur l'église dans les sociétés modernes : « Instead, it [the religion] as been taking on new, personal, 'privatized forms.' In the course of acquiring identity and thereby becoming self-transcendent, says Luckman, individuals develop 'systems of meaning.' These systems run like thread through the various sectors of a person's life, giving coherence. » (1990 : 41). Pour Bibby, ces systèmes de significations ou ces religions invisibles ont échappé à l'analyse des chercheurs, en ce sens qu'ils n'arrivent pas à trouver un fil conducteur qui permettrait de donner un sens commun à ces pratiques ou systèmes de significations individuels. Bibby cite la chercheuse Mélanie Cottrell qui a effectué une recherche en contexte britannique sur un échantillon de 40 personnes⁶⁸ et qui a conclu qu'on pouvait rarement identifier un fil conducteur entre ces individus : « *The people I have interviewed do not require 'meaning' in any way and do not seek functional equivalents to religion. One ancient religion appears to be near to death, but no new religions are being born.* » (1990 : 42). Bibby a tenté à son tour de trouver ce fil conducteur mais en vain. Ses conclusions sont les suivantes : « [...] most Canadians either do not exhibit highly integrated personal lives, or tie the various facets of their lives together without drawing upon an identifiable meaning system. The thread of which Luckmann spoke is commonly neither church – like nor invisible; rather, it is missing altogether. » (1990 : 42). Pour nous, à la suite de notre analyse, le fil conducteur existe et il est lié au maintien de la santé, au mieux-être et à la transformation de soi. Cette modalité du croire qu'est la foi sans abri trouve une signification commune dans une nouvelle expression de la foi qu'est la voie de l'intériorité responsable ralliant cheminement sanitaire et spirituel entre eux. À la fin de son livre, Bibby parle d'ailleurs de ce phénomène lié au potentiel humain. De nos jours, les individus sont particulièrement intéressés par la transformation de soi et le fait d'accéder à son plein potentiel et, souvent, une façon d'arriver à ses fins est de lier son cheminement à une force spirituelle ou à la spiritualité comme telle.

Comme le mentionne Bibby, cette idée de potentiel humain suit celle de croissance personnelle et, sur ce, il cite Léo Buscaglia⁶⁹: We are totally responsible for ourselves. We cannot look for reasons outside of us. We only grow when we assume responsibility for our own joy and happiness. These cannot be generated from outside of us. Lasting happiness and

⁶⁸ COTTRELL, Melanie. « Invisible Religion in the Middle Class », Presented at the Third Consultation on Implicit Religion, Ilkley, England, 1980.

⁶⁹ BUSCAGLIA, Léo F. *Loving Each Other : The Challenge of Human Relationships*, New York, Fawcett Columbine, 1984.

peace come from within. » (1990 : 264). Ces idées de responsabilités, par rapport à soi et à sa santé ainsi que d'amélioration de notre potentiel, sont des idées très présentes dans les sociétés occidentales actuelles. Bibby dira : « As a sociologist, it seems to me that such human potential-plus product has the potential itself to be a formidable market entry. A religion that can legitimately – and therefore with conviction – speak of the good news of the potential of individuals will find an audience. An emphasis upon the numinous coupled with healthful view of self is two-third of religion's 'Great Possibility'. » (1990 : 265). En fait, une religion qui axerait son message sur le fait que l'Homme créé à l'image de Dieu a un potentiel hors du commun et que plus sa relation avec Dieu est bonne, plus il peut augmenter ce potentiel, voire même transcender certaines limites personnelles, aurait plus de succès donc qu'une religion qui mettrait l'accent sur la diminution du Moi, par le péché et l'aveu de son impuissance face à Dieu. Effectivement, selon nos observations de terrain et les propos que nous avons recueillis, cette affirmation semble tout à fait véridique, voire logique pour les individus empruntant la voie de l'intériorité responsable et ayant une foi sans abri.

2. Première « transférabilité » des données liée à la foi sans abri : témoignages

Nous ne reviendrons pas sur les thèses de nombre de spécialistes, que nous avons exposées particulièrement dans le chapitre trois pour approfondir notre compréhension de l'identité de l'individu contemporain. Nous avons clairement observé, dans notre analyse constituant la deuxième partie de cette thèse, les liens entre ce qui constitue l'identité de l'individu contemporain ainsi que certaines normes sociales dominantes et les vécus spirituel et sanitaire des participants. Cette nouvelle forme de spiritualité liée à une modalité du croire que nous nommons la foi sans abri, s'observe justement par le lien fort entre les vécus sanitaire et spirituel des participants. Dans le cadre de notre thèse, la foi sans abri s'exprime donc par la voie de l'intériorité responsable. Toutefois, nous tenons à spécifier, avant d'en arriver à l'étude de notre recherche de terrain auprès de membres d'une Église de type *Interfaith* au Québec, que cette modalité du croire liée à une foi sans abri pourrait peut-être trouver d'autres formes d'expressions de la foi dans notre société. Nous avons particulièrement observé le lien entre les vécus sanitaire et spirituel, ici, mais la foi sans abri nous semble plus générale et moins précise que la voie de l'intériorité responsable qui ne constituerait qu'une de ces formes d'expression. En fait, la foi sans abri, liée principalement aux faits de butiner et de modéliser sa spiritualité selon ses valeurs, entres autres, ainsi qu'à la responsabilisation

individuelle prégnante dans notre société, devient le lieu d'un type de vécu spirituel contemporain plus large. La foi sans abri est explicite dans nombre de témoignages contemporains. Par exemple, le psychologue Yves St-Arnaud a rédigé un livre expliquant son propre crédo de croyances où il affirme qu'il « croit sans Dieu », qu'il n'est pas incroyant ou athée mais qu'il s'est séparé de l'Église catholique afin de créer son propre crédo (2010). Ce vécu spirituel est très actuel puisque, finalement, c'est de la responsabilité de l'individu de trouver son crédo et ce n'est pas automatiquement un crédo sans foi parce que sans dieux. La foi change de forme. D'ailleurs, dans la recherche de terrain que nous avons menée, comme nous l'avons mentionné, plusieurs individus disent prendre à la religion catholique les valeurs qui leurs conviennent et ignorer ce avec quoi ils ne sont pas en accord. Certains iront vers un vécu spirituel réhabilitant l'énergie féminine et d'autres disent que leur maître spirituel ou la personne qui influence leur spiritualité est leur professeur de yoga, bien qu'ils aillent à l'église.

La foi en quelque chose de plus grand ou autres ne disparaît pas automatiquement avec l'athéisme ou parce que la croyance en un Dieu s'érode, du moins pas nécessairement. Dans le livre *Heureux sans Dieu. Des incroyants, athées et agnostiques témoignent*, dirigé par Daniel Baril et Normand Baillargeon, plusieurs personnalités connues du public rendent compte de ce fait :

Athée? Certainement. Impie? Avec plaisir. Mais pas incroyante. Je crois à beaucoup de choses. (Gendron, 2009 : 16).

À travers mes interrogations et mes lectures – Jung, cultures indiennes yakis, haïda, anthropologie, Castaneda, philosophes de toute tendance –, j'en suis venue à aimer la vie et l'instant présent. J'ai découvert l'importance de recréer des rites. (Dussault, 2009 : 106).

De mon côté, j'attends le jour, [...], où les religions auront disparu et seront remplacées par une morale humaniste par laquelle [...] la raison et l'amour seront harmonieusement conjugués et satisferont pleinement notre besoin de ce qu'on pourra, pourquoi pas, appeler 'spiritualité'. (Baillargeon, 2009 : 98).

Être athée c'est croire aussi en la solidarité humaine, celle de notre espèce, et avec la nature à laquelle nous appartenons. Et ce qui nous dépasse chacun, ce à quoi

nous devons aspirer, ce n'est certainement pas un dieu, mais l'éthique planétaire qui fonde l'hyperhumanisme. (Fischer, 2009 : 159).

Enfin cette foi sans abri émane littéralement de ce processus de responsabilisation par rapport à soi, à sa santé et, finalement, à son Salut, puisqu'il devient également clair, dans les témoignages du livre *Heureux sans Dieu*, que l'athéisme fait en sorte de nous rendre automatiquement responsables de notre vie :

Choisir de vivre son athéisme, c'est choisir de vivre responsable de chacun de ses actes sans peine, sans rémission, sans pardon, sans rédemption. Choisir l'athéisme, c'est refuser de rendre un être, éthéré et divin, partial et responsable de nos agissements. (Cousture, 2009 : 48).

Yves St-Arnaud est également très clair à ce sujet : son crédo ne peut demeurer son crédo que s'il est capable d'y lier ses actions. Sinon, il ne pourra se l'attribuer. Les individus interrogés, dans notre recherche doctorale, démontrent également ce fait, un peu comme une nouvelle morale où justement personne ne peut prendre soin de lui et de sa santé à part lui-même. Et toute la notion d'authenticité, qui est très en vogue aujourd'hui, est particulièrement importante à leurs yeux et c'est ce qu'ils recherchent chez les autres. Quelqu'un qui lie paroles, choix, idéaux à ses actions, ce qui est également très lié à l'idée d'une spiritualité incarnée véhiculée notamment par les spiritualités féministes et desquelles nous avons pu faire ressortir certains éléments en lien avec la santé et la guérison (voir l'annexe III). Ce qui pourrait constituer une autre « transférabilité » de nos données, comme nous l'avons déjà mentionné, mais nous ne nous y attarderons pas plus en détail, ici.

Finalement, pour nombre d'individus épars dans notre société et portant des étiquettes diverses comme agnostique, athée, catholique non-pratiquant ou même catholique pratiquant, il ne peut y avoir d'abri à la foi. La foi est personnelle et l'abri ultime devient soi-même. Ce qui est compréhensible à la lumière des représentations dominantes contemporaines de l'individualisme, de responsabilisation par rapport à sa santé et à son cheminement personnel ainsi que de la responsabilisation par rapport à nos actes, nos émotions ou nos pensées. Parfois, cette intériorité a un prix, un poids. Selon nos observations, on ne peut nier le fait que l'individu contemporain subit indéniablement une pression venant de l'extérieur en ce qui concerne, notamment, les représentations de la santé et du bien-être. Il ne serait pas aussi libre que l'on pourrait le croire face aux nouvelles normes sociales liées au maintien de sa santé et

à la responsabilisation individuelle, où les quêtes de santé et de spiritualité liées particulièrement à l'accroissement du potentiel humain cadrent évidemment bien dans ce contexte social. La foi sans abri n'est pas que le fruit d'un besoin individuel mais procède d'une influence sociale indéniable.

Nous voulions simplement démontrer qu'au-delà des individus que nous avons interrogés, le concept d'une foi sans abri s'observe ailleurs via d'autres témoignages. Pour nous, cette modalité du croire est clairement liée à la voie de l'intériorité responsable ralliant les vécus sanitaires et spirituels des individus contemporains, faisant ressortir une logique sociale sous-jacente à ces cheminements et mettant ainsi en lumière leur homogénéité plutôt que leur hétérogénéité. Mais nous tenions à spécifier, comme nous sommes conscients que nous avons abordé ces vécus sous l'angle de la santé parfaite, que nous croyons n'avoir analysé qu'une expression possible de cette foi sans abri : la voie de l'intériorité responsable. Et, aussi étrange que cela puisse paraître, étant donné la nature de la foi sans abri, nous avons clairement observé qu'elle pouvait s'institutionnaliser dans notre société, plus particulièrement par la voie de l'intériorité responsable.

3. Exemple de « transférabilité » des données : l'Église de type *Interfaith*

De manière très intéressante la foi sans abri, qui trouve une signification commune dans la voie de l'intériorité responsable, dans le cadre de notre thèse, s'institutionnalise. En effet, lors d'une recherche de terrain sur différents groupes religieux et spirituels présents au Québec, comme nous l'avons mentionné, nous avons découvert une Église de type *Interfaith*⁷⁰ qui ne comptait que vingt à vingt-cinq membres qui venaient régulièrement aux rituels. Toutefois, plusieurs événements comme des concerts et autres conférences sur certains sujets touchant la spiritualité avaient également lieu à l'église et attiraient bon nombre de personnes d'un peu partout au Québec. Pour nous, cette Église est un bon exemple de l'interface entre la santé et la spiritualité en lien avec les cheminements individuels contemporains.

Plus précisément, les Églises de type *Interfaith* peuvent évoluer de manière autonome et prendre des formes très diverses. Il existe plusieurs Églises de ce type au Canada et aux États-

⁷⁰ Nous pouvons avoir un aperçu de l'étendue de ce réseau en Amériques du Nord, en consultant la *North American Interfaith Network*, où on y dénombre une cinquantaine d'organisations.

Unis, ainsi qu'aux Philippines. Sans en faire une étude exhaustive, nous ne nous sommes servis que de quelques-unes d'entre elles afin de mieux cerner la philosophie qu'elles semblent promouvoir⁷¹. Ainsi, nous pouvons y déceler quatre concepts récurrents. Premièrement, Dieu n'est pas nommé et ces Églises sont ouvertes à toutes les religions et à différentes manières de nommer Dieu. Deuxièmement, et par conséquent, aucun dogme ou croyance religieuse ne sont prônés. Troisièmement, les individus sont responsables de leur santé, de leur bien-être et de leur spiritualité et, finalement, le contact avec des « Êtres de lumières », guides et divinités, y est parfois enseigné.

Enfin, les membres de l'Église de type *Interfaith* au Québec nous expliquent clairement que la philosophie de base n'est rattachée à aucun dogme. Le but est de lier différentes visions d'une force supérieure, divine ou plus grande que soi (peu importe comment on la nomme) dans un même lieu et, ainsi, de s'ouvrir à toutes ces différentes visions. Une des personnes faisant partie de l'organisation de l'Église me dira : « *Je ne crois pas que personne est mieux que l'autre que ce soit hindou, ce n'est pas mieux, bouddhiste ou zoroastre, pour moi c'est tout égal mais expliqué différemment. On parle tous de la même chose.* » Finalement, c'est la foi de la personne qui est au centre de cette philosophie et non le dogme. C'est le principe de base.

Pour les membres de l'organisation, il serait intéressant de créer des liens avec d'autres Églises ou spiritualités afin que certains prêtres ou moines bouddhistes, par exemple, viennent donner une conférence ou pratiquer un culte pour faire connaître leur spiritualité ou leur religion. Il y a, d'ailleurs, déjà eu un baptême chamanique à l'église. L'objectif est de présenter aux individus plusieurs voies possibles, ou encore, de leur donner des outils pour les aider dans leur cheminement personnel en lien avec leur foi et leur véracité par rapport à eux-mêmes. Selon leurs propos, il n'est pas question de conversion mais bien de prendre ce qui est significatif et aidant pour soi, en demeurant libre des dogmes religieux.

La responsabilisation de l'individu est donc au centre de cette philosophie, rien n'est imposé de l'extérieur, tout part de soi. Lorsque nous discutons avec les membres, cette idée est très claire : il s'agit de trouver ce qui nous convient davantage, peu importe que cela provienne de l'hindouisme, du bouddhisme ou autres. Ce qui ressort finalement parmi les objectifs des

⁷¹ L'*Ottawa Interfaith Spiritualist Church* au Canada, l'*Interfaith Community Sanctuary* de Seattle aux États-Unis et l'*Interfaith Spiritual Church* de San Miguel aux Philippines.

membres, c'est le désir de transformation. Ils souhaitent se transformer eux-mêmes, soit pour atteindre leur nature divine, soit pour viser plus de mieux-être. Et la responsabilisation de l'individu est évidente dans ce processus. L'idée que *l'on attire certains types de situations en raison de l'énergie que nous dégageons* y est largement partagée. Les individus ne peuvent en vouloir aux autres ou à tout événement extérieur, ils doivent eux-mêmes changer intérieurement. Cette question a été largement discutée au cours de certaines causeries du dimanche qui constituent un rituel important, où les membres sont appelés à discuter entre eux de différents thèmes liés à la spiritualité.

En fait, ce qui semble plus variable, parmi les membres, est la croyance aux entités. Certains y croient dure comme fer, d'autres de manière plus souple. Ils ne ferment pas la porte mais n'y croient pas avec la même intensité. Par contre, l'énergie et le taux vibratoire sont des notions qui reviennent très souvent et qui sont très importantes dans les croyances qui vont de soi au sein du groupe et qui orientent plusieurs pratiques individuelles et communautaires. Sur ce, les discussions lors des rituels ont été très éclairantes afin de dégager les croyances partagées, ce que nous approfondirons un peu plus loin.

3.1 Trajectoire spirituelle des membres et informations sociodémographiques

Les différentes pratiques spirituelles des membres et leur trajectoire, bien que différentes, sont très liées au cheminement personnel. Et, étrangement, certaines activités spirituelles exercées par le passé ou présentement sont partagées entre les membres, voire même par certains qui ne se connaissent pas avant de fréquenter l'église. Soulignons au départ que tous les membres et les personnes faisant partie de l'organisation que nous avons interrogés sont issus d'une famille catholique non-pratiquante et n'avaient donc aucune pratique religieuse qui était enseignée et pratiquée à la maison. Leurs parents rejetaient certaines idées ou dogmes de l'Église catholique et n'y adhéraient que partiellement. Donc tous ont cherché, très jeune, à cheminer spirituellement d'une manière différente que celle qui était prônée par la religion dominante. Tous les membres que nous avons interrogés, ou à qui nous avons parlé de façon informelle, nous disent, soit avoir rejeté la religion catholique parce que trop dogmatique, soit ne pas être liés à aucune religion, ou encore, parfois, que le bouddhisme ou l'hindouisme les attirent. Personne ne parle toutefois clairement d'athéisme ou d'être agnostique. Tous les

membres semblent avoir certaines convictions profondes à différents niveaux, soient liées à la réincarnation, aux entités, à l'énergie ou à l'existence d'un monde autre ou d'un monde qui existe en parallèle au notre.

D'ailleurs, une pratique qui a déjà été faite par plusieurs membres dont deux que nous avons interrogés, est celle d'aller faire des séjours organisés au Brésil à La Casa de João de Deus⁷². Ces séjours sont très liés à la santé globale et à la quête d'un mieux-être et au cheminement personnel. Deux personnes nous ont également parlé de l'École de yoga Shivananda. Ils ne vont pas nécessairement à l'Ashram, qui est situé à Val-Morin au Québec, mais ils sont allés faire un séjour de pratique aux États-Unis. Un autre nous parle également du Centre de méditation Vipassāna à Sutton, où il va faire des retraites d'une dizaine de jours à l'occasion. Beaucoup d'autres semblent être déjà allés en Inde, certains à l'Ashram de Satya Sai Baba⁷³.

Mis à part ces différents séjours sporadiques, leur pratique quotidienne se traduit souvent par de la méditation, de la visualisation, des formations diverses en Reiki, antenne de Lechter et autres soins énergétiques divers. Plusieurs ont également consulté pour eux-mêmes, pas pour des problèmes liés à une maladie particulière mais plutôt dans le but de cheminer et de se transformer ainsi que d'acquérir plus de mieux-être. Leur cheminement spirituel est donc très lié à leur cheminement de vie personnelle, à leurs différentes lectures, leurs voyages, leurs rencontres, etc. Toutes ces pratiques ne sont pas en contradiction avec les pensées ou la vision qui est véhiculée par l'Église, puisque leur vision encourage clairement le cheminement personnel et les croyances en l'énergie ou à certaines entités.

Finalement, les membres ne voient pas l'Église comme une institution religieuse mais plutôt spirituelle pour certains, ou encore, tout simplement comme une communauté dans laquelle des gens ayant relativement la même vision ou la même ouverture par rapport aux différents vécus religieux et spirituels peuvent échanger et se rencontrer. Il est à souligner que nous n'avons remarqué aucun enfant à l'église et aucun immigrant, sauf une personne d'origine française. Les membres sont en majorité des Québécois parlant anglais ou français. Il n'y a aucune différenciation entre les membres du groupe soit hommes ou femmes, etc. Les gens sont en moyenne dans la quarantaine ou plus âgés. Nous y avons vu certaines personnes plus

⁷² Il s'agit plus précisément de la Casa de Dom Inácio au Brésil, où vit le médium João de Deus.

⁷³ Selon les propos de Vasudha Narayanan dans le livre *Religions de monde* (2008) : « [...] Sri Satya Sai Baba (né Satya Narayan Raju, en 1926), guide charismatique de l'Andhra Pradesh, que ses adeptes considèrent comme une incarnation de Shiva et de Shakti (la Déesse). »

jeunes mais très peu. Il n'y a aucune dynamique intergénérationnelle, différence entre les hommes et les femmes et pratiques liées à l'éducation des enfants qui y sont particulières. D'ailleurs, les membres ne sont pas accompagnés de leur famille. Nous pourrions donc conclure que c'est vraiment une affaire personnelle pour les individus en ce qui a trait à leur propre cheminement spirituel. Certains se connaissaient déjà, mais pas tous. Enfin, aucune pratique spirituelle particulière ne semble prônée à l'Église, ni des pratiques qui seraient très précises comme le végétarisme ou le port de vêtements particuliers. Toutefois, il semble y avoir une certaine ligne de conduite liée à la vision de la santé et à la responsabilisation individuelle par rapport à son existence. Mais une personne faisant partie de l'organisation dit assister aux différentes activités pour voir à ce qu'aucun individu ne tente de prendre le contrôle de l'Église afin de promouvoir un mouvement ou une ligne de conduite particulière en terme de vécu spirituel.

3.2 Prières du lundi soir : le désir de transformation

Une des pratiques qui est des plus importantes à l'Église est le Cercle de prières du lundi soir. Selon les propos d'une des personnes faisant partie de l'organisation, qui est présente tous les lundis soirs : « *Lors de cette prière, nous acceptons de devenir des canaux pour laisser circuler l'énergie des Êtres de lumières afin qu'ils puissent aider ceux qui ont demandé de l'aide. Nous canalisons cette énergie pour la renvoyer dans la communauté* ». Enfin, une des membres dira que bien que ce soit dans un but de donner à la communauté, les individus qui y participent se sentent totalement revigorés et calmes après cette prière. Donc ils y vont aussi pour eux mais vraiment dans le but de donner à la communauté. Selon certains membres, c'est un échange, un cercle où l'énergie circule.

Comme nous l'avons mentionné, la croyance aux entités est variable au sein du groupe et il semble, selon les propos que nous avons recueillis, que l'ensemble des membres viennent donner à la communauté, dans le cadre de cette pratique, mais également qu'ils répondent à leur besoin de transformation personnelle. Par exemple, un membre nous dit clairement que dans la religion catholique, il y a le péché et l'enfer et qu'à la suite de cela, on ne peut plus *changer* ou se *transformer*. Ainsi, ce qu'il vient chercher dans le cadre des rituels de cette Église, nous dira-t-il, c'est cette réponse à sa *quête de transformation* puisque, selon lui, *ensemble on est plus fort*. Donc les lundis soir, il est plus fort que s'il médite seul. Une autre

membre en arrive à la même conclusion disant qu'elle arrive avec une certaine quantité d'énergie et qu'elle repart avec plus, grâce aux membres et à cette méditation commune.

L'idée de la transformation est donc au cœur de la philosophie de cette Église. Les membres partagent cette perception ainsi que les organisateurs. La croissance et l'expérience personnelle sont mises de l'avant. Ensuite, ils se servent de ces expériences communes pour être plus forts. Ils se servent de cette « *vibration positive* » de groupe, soit pour l'envoyer vers les autres, comme les lundis soir, soit pour accéder eux-mêmes, pas nécessairement à une Force supérieure, mais simplement à un « *état vibratoire plus élevé* ». Ce terme revient chez plusieurs d'entre eux.

3.3 Causerie du dimanche : responsabilisation individuelle et vision de la santé

Les causeries du dimanche se font le matin, ce n'est pas très long et c'est très simple. L'idée est d'amener un thème lié à la spiritualité mais, éventuellement, il pourrait être question d'exercices liés à la croissance personnelle. Enfin, le but de ces causeries est de faire participer les gens et de les faire parler. Une des personnes faisant partie de l'organisation est très claire sur ce point. Venant d'une famille modeste, ce qui l'a très souvent touché lors de ses nombreux voyages, c'est le fait que des gens dans le besoin, ayant des souffrances physiques énormes comparativement à nos situations, ici, s'en sortent avec le sourire ou trouvent une force dans cette adversité qui les soutient. Pour cette personne, justement, c'est là toute la force de la spiritualité. Ce qui lui a beaucoup plu lors de certains séjours hors du pays au sein d'autres Églises de type *Interfaith*, donc, c'est que ce ne sont pas que les révérends ou autres qui viennent parler à l'avant. Les individus viennent parler également pour partager ce qu'ils sont en train de vivre, ce qui est beaucoup plus proche de l'expérience vécue ici et maintenant et qui contribue à faire vivre l'Église et l'énergie qui s'y déploie. Il y a un soutien instantané entre les membres. Donc les causeries du dimanche sont là pour que les gens s'expriment par rapport à ce que l'animateur, qui est toujours différent d'un dimanche à l'autre, amène comme idée ou discussion ou proposition d'échange. Nous pourrions clairement faire un parallèle, ici, avec les propos que nous avons recueillis lors de notre

recherche de terrain, où l'ici et maintenant est particulièrement primordial et significatif pour les participants⁷⁴.

Une des causeries du dimanche, à laquelle nous avons assisté, était dirigée par une personne faisant partie de l'organisation de l'Église et portait simplement sur le thème général de la spiritualité et de ce qu'elle signifie. D'abord, cette personne a expliqué ce que c'était pour elle la spiritualité et, ensuite, les gens pouvaient s'exprimer là-dessus et lui poser des questions. C'était un peu sous forme d'interactions et de dialogue surtout avec la personne qui menait cette causerie mais également entre les participants. Finalement, la causerie s'est terminée par une petite prière ou médiation qui consistait à former un cercle avec tous les participants, à se prendre par la main et dire merci en faisant une minute de silence.

Lors de cette causerie, la discussion nous a particulièrement amenés à mieux comprendre une vision commune de la santé qui se dégageait des participants. Une situation particulière a donc été très éclairante pour nous, lors de cette causerie. Une des personnes présentes a partagé un fait plus personnel où elle témoignait qu'elle avait beaucoup de misère avec les gens qui lancent leur colère sur les autres. Son père était colérique et donc elle a l'impression que ça lui arrive tout le temps et ça l'affecte, elle perd ainsi sa joie et devient triste. Elle demande conseil. La personne menant la causerie dit à la blague : « *Ah! Les autres! S'ils pouvaient changer!* » En fait, ce sont surtout les autres participants qui amènent la personne à voir que si elle attire ces situations, c'est qu'elle a de la colère en elle, ou encore, un des exemples qui est donné est que « *les autres sont comme des clefs qui ouvrent des serrures.* » Ils trouvent la bonne serrure et nous affectent ou nous font découvrir une émotion que nous devons analyser. Ils nous montrent un problème par rapport à nous-mêmes. Une autre personne dira que nos « *vibrations* » peuvent contribuer à attirer ce genre de situation et que nous en sommes également responsables. Nous sommes responsables de ce qui est extérieur à nous. Nous devons nous accepter et nous aimer à travers tout ça. Mais même si nous fermons la porte à certaines personnes, les mêmes situations vont revenir, si nous ne réglons pas un problème ou une « *émotion* » que nous avons en nous. Une autre personne, faisant partie de l'organisation, dira à la personne d'aller voir pourquoi elle se met dans cet état : « *Va voir à l'intérieur de toi et lorsque tu auras trouvé, ces personnes ne t'affecteront plus* ».

⁷⁴ Soulignons, encore une fois, que cette idéologie se retrouve clairement exposée dans notre brève analyse des spiritualités féministes comme lieux de guérison (annexe III).

Cette vision, liée à notre responsabilité par rapport à tout ce qui nous entoure, est donc très présente et suit, en quelque sorte, une certaine vision de la santé elle-même. Plusieurs personnes faisant partie de l'organisation ont, d'ailleurs, une vision globale de la santé : corps, esprit et âme (spiritualité). Certains d'entre eux parlent également de Guy Corneau⁷⁵ qui semble être une personne importante pour eux, en ce qui concerne sa représentation de la santé. La santé est vraiment globale et, selon eux, on doit tenir compte du tout (physique, psychologique, émotionnel et spirituel), comme nous l'avons déjà mentionné. Pour plusieurs personnes dans l'organisation de l'Église donc, il faut se responsabiliser par rapport à sa santé. Une de ces personnes pense que les individus sont responsables en partie d'un certain déséquilibre dans leur corps lorsqu'ils sont malades et qu'il leur appartient de retrouver cet équilibre en se responsabilisant par rapport à leur état. Sur ce, elle affirmera clairement :

Si la personne est en paix et si elle a un bien-être, bien pour moi le corps a la capacité de s'auto-guérir. La seule personne qui peut te rendre malade, pour moi, c'est ton corps, c'est toi et ton esprit et ta pensée, par des distorsions, des émotions, peu importe. Donc, c'est toi qui es responsable de ta création. Puis c'est la même personne qui a la capacité de remettre de l'ordre dans ta maison.

Une autre personne faisant partie de l'organisation croit, également, que les gens doivent se responsabiliser par rapport à leur santé et dira qu'elle croit que les émotions et les non-dits peuvent déclencher certaines maladies et que la prière peut nous aider à éviter celles-ci ainsi que le regard intérieur et l'introspection qui peuvent nous faire voir certains problèmes. Un membre dira également clairement lors de l'entrevue: « *On est à cent pourcent responsable de la totalité de la manifestation de notre vie à chaque instant, donc la maladie, mes comportements, mais ça va plus loin que ça là* ». Un autre parle de l'importance du cheminement personnel dans la guérison mais, ici, il ne parle pas nécessairement d'une guérison physique. Il lui est arrivé d'encourir certains problèmes de couple et d'avoir décidé alors, avec sa conjointe, d'aller dans un Centre spirituel au Brésil⁷⁶, où l'on travaille beaucoup avec les énergies, afin de mieux comprendre cette situation, sa cause et qu'est-ce qu'ils pouvaient changer, lui et sa conjointe. Il dira:

⁷⁵ Personnalité connue du public qui œuvre particulièrement dans le domaine de la psychologie, s'étant guéri d'un cancer à l'aide d'un cheminement personnel et de pratiques de soins alternatives.

⁷⁶ La Casa de Dom Inácio au Brésil, où vit le médium João de Deus.

Le point de départ de la guérison, quand on va dans ce genre de chose, c'est de savoir qu'on va avoir un travail à faire. Sinon, on a moins de chance. Je ne veux pas me placer à la place des entités qui guérissent mais quand il y a une démarche personnelle en plus, on sait qu'il y a des choses qui peuvent changer en soi, autour de nous.

Comme nous l'avons déjà analysé, cette vision de responsabilité et de l'importance de cheminer est très présente dans notre société au sens large. Ce n'est pas une vision qui est totalement étrangère ou saugrenue, bien au contraire. De plus, cette responsabilisation entraîne, chez tous les membres que nous avons interrogés, une certaine consommation de soins divers ayant pour but de travailler sur soi. Il n'est donc pas nécessaire d'être malade ou d'avoir des symptômes quelconques pour consulter. D'ailleurs, aucun membre interrogé n'était atteint d'une maladie chronique ou autre. À la question de savoir pourquoi ils sont intéressés par ces différentes techniques de soins ou techniques de transformation personnelle, voici quelques-unes des réponses obtenues:

J'ai eu trois thérapeutes. La première lisait dans les auras, l'autre dans les énergies et maintenant la thérapeute que j'ai travaillé le Reiki, l'antenne de Lecher et la reprogrammation de l'ADN. [...]. On ne peut pas nier notre nature profonde. [...] j'avais envie d'être ce que j'étais et être ce que j'étais c'était quoi? Donc, j'ai commencé à chercher qu'est-ce que j'étais finalement. (Membre de l'église)

Transformer mon être. Bien embellir, embellissement d'être, embellir physiquement, intérieurement. Vis plus ta vie! Une plus belle qualité de vie à tous les niveaux. Bien, transformation cellulaire, transformation psychique... (Membre de l'église)

Comme nous pouvons le remarquer, les cheminements sanitaire et spirituel des membres de cette Église concordent en partie avec les cheminements des individus interrogés dans le cadre de notre recherche doctorale, à la différence qu'eux semblent avoir trouvé un abri les ralliant dans la voie de l'intériorité responsable. L'institutionnalisation de la foi sans abri peut sembler paradoxale de prime abord mais, en fait, elle contribue à renforcer notre analyse du phénomène de cette modalité du croire particulière, que nous mettons de l'avant dans cette thèse, comme un phénomène social et culturel davantage qu'un phénomène individuel et personnalisé.

L'avenir nous dira comment les choses tourneront mais il est indéniable que nous avons affaire, au Québec du moins, à une nouvelle forme de religieux contemporain qui, finalement, trouve un sens communautaire et un abri à l'intérieur de soi, et qui a pour imaginaire et symbolisme communs la responsabilisation par rapport à soi et à sa santé et l'adhésion à un cheminement personnel venant de surcroît avec cette vision de l'individu, de son bien-être et de son rapport avec sa société. *In fine*, la santé et la réalisation de soi sont des éléments unificateurs importants en ce qui a trait à des pratiques spirituelles diverses ayant l'air totalement hétéroclites au sein de notre société. Enfin, l'individu contemporain demeure libre de se créer une existence et une identité totalement originale et à son image, pour autant que la santé demeure au centre de ses préoccupations, sa santé globale bien sûr: physique, psychologique, émotionnelle, sociale et spirituelle. Nous observons bien l'existence d'un nouveau dogme qui est lié à celui de devoir être bien portant et de devoir cheminer. Dans nos enquêtes de terrain, il est clairement démontré que l'on doit *prendre soin de soi*. Le narcissisme devient une condition de sociabilité indéniable et, selon cette logique, un élan vers l'autre. La voie de l'intériorité responsable représente une nouvelle expression de la foi qui répond aux exigences sociales actuelles. Il faut donc, toutefois, demeurer sur nos gardes afin qu'elle ne devienne un nouveau lieu de performance à conquérir plutôt qu'un réel élan vers l'autre.

CHAPITRE XI

Un exemple d'apport possible d'approfondissement des connaissances liées à la voie de l'intériorité responsable

Dans le cadre de ce chapitre, nous reviendrons brièvement sur certains éléments de notre première partie liée au rapport à la maladie et à la santé de l'individu occidental contemporain ainsi que sur certains éléments clefs de la voie de l'intériorité responsable afin de démontrer la pertinence de s'y attarder et de mieux saisir ses cheminements au sein de notre société, notamment, dans différents domaines liés à la santé dont la promotion de la santé et la prévention ainsi que l'intérêt pour les soins spirituels dans les établissements de santé. Nous nous servirons précisément du travail de recherche en cours présentement que nous effectuons pour les facultés de médecine et des sciences de la santé et de théologie et d'études religieuses de l'Université de Sherbrooke et qui a trait à la dispensation et à l'organisation des soins et des services spirituels sur le territoire du RUIS (Réseau universitaire intégré de santé) de Sherbrooke. Pour ce travail, nous avons également fait une étude de terrain au sein de différents établissements de santé sur le territoire auprès d'usagers, d'intervenants en soins spirituels et de différents membres du personnel et nous y avons clairement remarqué la pertinence de saisir le vécu lié à la voie de l'intériorité responsable pour mieux saisir les besoins des usagers, les différentes visions des intervenants et membres du personnel ainsi que les nouvelles représentations de la santé et de la maladie qui en découlent, actuellement, dans notre société.

Dans le cadre de ce chapitre, nous souhaitons donc apporter des spécifications sur certains éléments discutés en première partie à la lumière de l'analyse de notre étude de terrain et démontrer les apports possibles de mieux saisir le vécu lié à la voie de l'intériorité responsable à l'aide d'un exemple concret.

1. Retour sur le rapport à la maladie et à la santé de l'individu contemporain

Dans le premier chapitre de cette thèse, nous nous sommes attardés particulièrement au rapport à la maladie de l'individu contemporain en mettant de l'avant une intuition de départ liée au fait que les sciences et les technologies médicales pouvaient contribuer à générer de la spiritualité ou un besoin spirituel chez les patients. Notamment, par les phénomènes de la médicalisation, de l'anticipation de la maladie et de l'accroissement des maladies chroniques et dégénératives qui viennent changer le rapport à la maladie de l'individu contemporain. Il y a toujours plus d'éléments inclus dans la catégorie de la maladie, des événements naturels de la vie sont maintenant médicalisés et de plus en plus de troubles divers, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, viennent élargir le concept de maladie. L'anticipation de la maladie fait en sorte que la frontière entre malades et bien portants devient floue et l'enrayement des maladies infectieuses ainsi que l'accroissement des maladies chroniques et dégénératives font en sorte que la médecine devient moins, ou est appelée à devenir moins, curative que palliative.

Nous ne voulons revenir sur tous ces éléments mais simplement spécifier, qu'à la lumière de notre étude de terrain, les représentations de la santé et de la maladie s'avèrent bien en changements et que la frontière entre malades et bien portants est effectivement de plus en plus floue et, donc, que la médecine devra s'adapter et développer encore davantage de stratégies d'accompagnements des malades, ce qui est évidemment déjà en cours (Zafran 2013; Dumet et Rousset 2010). Toutefois, en ce qui concerne notre hypothèse selon laquelle les sciences et les technologies médicales pourraient contribuer effectivement à générer un besoin spirituel chez les malades ou à créer de la spiritualité, nous affirmerions plutôt, à la suite de notre analyse toujours, que ce besoin ou cette création d'un besoin arrive en amont de la maladie de par le lien que nous avons clairement démontré dans cette thèse entre les vécus de la santé et de la spiritualité, duquel découle une nouvelle spiritualité : la voie de l'intériorité responsable. Ce ne serait donc pas la médecine qui générerait ce besoin des suites de la maladie, mais bien les nouvelles normes sociales liées au vécu de la santé et à la responsabilisation individuelle par rapport à soi et à son existence qui feraient en sorte de créer, non seulement un besoin spirituel, mais une nouvelle forme de spiritualité. La médecine, de par son fonctionnement actuel, peut faire en sorte d'accentuer ce besoin, mais

non de le créer. Et, alors, il sera pertinent de se soucier des conséquences de ce fonctionnement particulier de la médecine sur le vécu intime des patients.

En fait, à notre avis, il est actuellement pertinent pour la médecine ou autres domaines liés à la santé comme la santé publique, par exemple, de mieux saisir les changements de représentations de la santé et de la maladie qui s'opèrent au sein de la population, notamment, de par les phénomènes déjà nommés, mais également ceux que nous avons davantage analysés dans notre troisième chapitre lié au rapport à la santé, comme l'avènement de la prévention et l'accroissement de la responsabilisation individuelle par rapport à son existence. En fait, dans notre étude de terrain, nous avons clairement remarqué que la complexification de la définition de la santé qui devient plus globale (incluant le physique, le psychologique, le social et l'environnemental ainsi que parfois, l'émotionnel et le spirituel) suit le parcours du concept de maladie qui ne cesse de s'élargir et contribue également à générer un besoin spirituel. Ce sont donc ces deux procédés, allant de pairs, qui entraînent un vécu spirituel nouveau lié à la voie de l'intériorité responsable et un changement notable lié aux représentations de la santé et de la maladie, actuellement, que nous avons bien observé dans notre thèse.

Ces changements entraînent effectivement une mouvance de la représentation des individus en ce qui concerne la frontière entre l'état de malade et l'état de bien portants. Cette frontière devient particulièrement floue et nous avons clairement remarqué que ce qui est crucial actuellement pour tous les participants à notre recherche est davantage le parcours de l'individu, comment il s'en sort s'il est malade ou ses actions et sa manière d'être au quotidien. Les représentations de la maladie et de la santé ne semblent pas s'arrêter à un diagnostic mais bien à l'être de la personne. En fait, les nouvelles normes sociales associées particulièrement au maintien de la santé et à la responsabilisation personnelle par rapport à son existence font en sorte, chez nos participants, que ce qui représentera une bonne santé chez un individu sera davantage lié à sa prise en charge de lui-même et de son existence qu'à son état purement physique ou psychologique. Cette représentation prégnante contribue au fait que la frontière entre malades et bien portants change de forme. Non seulement en ce qui concerne le regard extérieur que peuvent poser les individus sains sur les individus malades mais également en ce qui concerne le regard que les personnes malades portent sur elles-mêmes. En ce sens, plusieurs personnes atteintes d'une maladie chronique et que nous avons interrogées ne se considèrent pas malades puisqu'elles demeurent autonomes ou quelles ont

approfondi d'autres éléments de leur personnalité qui font en sorte qu'elles vivent bien et se sentent bien dans leur peau. À l'inverse, nous avons plusieurs individus sains qui disent qu'il faudrait qu'ils en fassent plus pour leur santé ou qu'ils ne se sentent pas toujours en bonne santé particulièrement parce que leur attitude ou leurs habitudes de vie ne sont pas toujours exemplaires. La voie de l'intériorité responsable est pour nous la réponse culturelle et sociale à ces changements de paradigme qui sous-tendent le rapport à la santé et à la maladie des individus dans notre société. En effet, la voie de l'intériorité responsable est clairement liée à l'identité sociale, bien qu'elle soit vécue de manière individuelle et sans abri, puisqu'elle aide l'individu à répondre aux exigences de socialisation et aux normes sociales de sa société. Normes qui exigent une responsabilisation et une prise en charge de l'ensemble de son existence (notamment, de son bien-être et de sa santé) par l'individu. Le narcissisme qu'on lie souvent aux différentes démarches de cheminement personnel et de soucis de soi divers (physique, psychologique, etc.) entraînant une consommation tout aussi diversifiée d'experts de toutes sortes (médecines complémentaires, thérapeutes, etc.) devient, dans ce contexte social, un élan vers l'autre. En ce sens que, pour ne pas être mis en marge de sa société, l'individu doit se prendre en charge. Ce narcissisme pourrait même devenir une voie vers plus d'empathie envers l'autre. En effet, dans le cadre de notre analyse, il devient un élan vers l'autre et une manière de vivre en accord avec sa société. Ainsi, ce narcissisme pourrait aider les individus à mieux saisir le vécu de cet autre et, par le fait même, conduire à davantage d'empathie.

Enfin, nous avons pu remarquer plusieurs éléments de ce que nous venons d'avancer dans le parcours de Yannick que nous avons particulièrement analysé dans le deuxième chapitre, où la spiritualité devient pour lui un outil qui lui permet de demeurer dans la catégorie des bien portants bien qu'il soit sidéen. Cet exemple démontre très bien que les questions de la normalité sont relatives et mouvantes et que les définitions de ce qui constitue la santé et la maladie le sont tout autant. Dans le cas de Yannick, la guérison devient également relative à notre représentation de la maladie, voire de la santé, et notre statut de malade lui-même peut ainsi se transformer. Nous avons bien analysé, dans son parcours, tout son cheminement identitaire dans lequel la spiritualité prend une importance capitale et nous sommes arrivés à la conclusion que toute cette construction identitaire, bien qu'elle vienne contester l'ordre médical, s'inscrit directement dans les représentations du bonheur idéalisé, de la « santé parfaite », du souci de performance et d'autonomie absolue véhiculés actuellement dans les sociétés occidentales. Enfin, dans notre premier chapitre, nous faisons également le constat

que les sciences et les technologies médicales génèrent un questionnement de fond concernant la maladie, la santé et le bien-être et que ce questionnement, pour certains malades, conduit à la spiritualité.

Nous souhaitons ajouter à ces conclusions, à la lumière de notre recherche de terrain, que le cheminement de certains individus malades semble clairement suivre la voie de l'intériorité responsable et que, par le fait même, nous pourrions affirmer que ces cheminements répondent également à certaines exigences sociales et culturelles. Donc, bien que l'appel à la spiritualité puisse arriver lors de l'avènement de la maladie dans le vécu de ces individus, il n'en demeure pas moins que cette réponse à l'évènement de la maladie dans leur existence est puisée à même les ressources disponibles et véhiculées dans la culture. Alors si, comme nous l'avons clairement observé, les représentations de la santé et de la maladie changent et que les vécus sanitaire et spirituel de nombre d'individus épars au sein de notre société s'allient pour créer une nouvelle forme de spiritualité (la voie de l'intériorité responsable), la voie qu'empruntent certains individus malades peut y être clairement affiliée. Ce qui démontre, encore une fois, que bien que Yannick puisse contester l'ordre médical, il adhère tout à fait à ces nouvelles normes sociales liées particulièrement à la responsabilisation individuelle et à la prise en charge de son état.

Finalement, il est intéressant de voir comment et pourquoi, en répondant à ces nouvelles normes sociales, les individus contemporains puissent en venir à contester l'ordre médical. Quand nous affirmons que les sciences et les technologies médicales génèrent un questionnement de fond en ce qui concerne la maladie, la santé et le bien-être et que ce questionnement conduit certains malades vers la spiritualité, c'est souvent quand elles arrivent à leurs limites dans le traitement du patient, que la guérison est impossible, que la relation entre le médecin et le patient est restreinte, ou encore, lorsque la vision de la médecine ne concorde pas avec celle du patient. Comme nous l'avons mentionné, également, l'aspect curatif de la médecine n'est pas totalement en déclin, bien sûr, mais tout un pan lié davantage aux soins palliatifs et à l'accompagnement des malades doit être développé davantage afin de répondre aux besoins toujours plus présents des malades atteints d'une maladie chronique ou dégénérative, notamment.

À la suite de notre étude de terrain, nous croyons que nous pouvons affirmer qu'au-delà des individus atteints d'une maladie chronique ou dégénérative, la médecine doit être au fait des

changements dans les représentations sociales de sa société en lien avec la santé et à la maladie pour répondre aux besoins de ces patients et, ainsi, mieux saisir leurs attentes, leurs vécus, leurs perceptions de leur état et de ce qui peut, selon leurs représentations particulières, les aider dans leur cheminement. Si les sciences et les technologies médicales peuvent contribuer à générer un besoin spirituel chez le patient, c'est particulièrement en créant un manque puisque le patient tente de trouver des réponses à ces souffrances ailleurs ou des outils pour faire face à la situation, ailleurs. Tandis que si l'obsession de la santé parfaite liée à la prévention, à l'anticipation de la maladie et à la complexification de la définition de la santé, entre autres, peut également contribuer à générer un besoin spirituel en amont chez plusieurs individus contemporains, c'est en créant une nouvelle ligne de conduite. Et, en ce sens, les individus malades et sains sont tous influencés par ces nouvelles règles et exigences sociales. En somme, ce que nous voulions préciser c'est que la voie de l'intériorité responsable est un cheminement qui arrive souvent en amont de l'avènement d'une maladie et qu'il devient donc nécessaire de ne pas limiter l'analyse des besoins des malades et de leur vécu qu'à partir de l'arrivée de la maladie dans leur existence. Il s'agit de mieux cerner l'influence de cette nouvelle expression de la foi sur les représentations de la santé et de la maladie des individus ainsi que sur leur vécu afin de mieux saisir l'apport de la voie de l'intériorité responsable mais, également, ses limites ou ses effets défavorables possibles, notamment dans les domaines de la santé.

2. Apport aux domaines de la santé : saisir le vécu lié à la voie de l'intériorité responsable

Dans le cadre de ce chapitre, nous souhaitons donc démontrer la pertinence de s'intéresser au vécu contemporain lié à la santé et à la spiritualité dans notre société, la voie de l'intériorité responsable, à l'aide de l'exemple concret de notre projet de recherche lié à la dispensation et à l'organisation des soins et des services spirituels sur le territoire du Réseau universitaire intégré santé (RUIS) de Sherbrooke⁷⁷. Dans le cadre de ce projet, nous avons interrogé plusieurs personnes, dont des usagers, des membres du personnel et des intervenants en soins spirituels, mais nous n'avons encore aucun résultat d'analyse. Nous souhaitons tout de même

⁷⁷Les trois personnes responsables de ce projet sont : Pierre C. Noël, initiateur du projet et doyen de la Faculté de théologie et d'études religieuses de l'Université de Sherbrooke (FaTER) qui agit à titre de co-chercheur, Gaston Lachance, responsable du programme et superviseur associé des stages cliniques en soins spirituels à la FaTER qui agit également à titre de co-chercheur et Sara Delisle, anthropologue médicale, qui agit à titre de chercheuse principale.

rendre compte, ici, de certaines impressions de terrain nous permettant de démontrer la pertinence de saisir le vécu lié à la voie de l'intériorité responsable dans les établissements de santé, notamment.

Plus précisément, ce projet correspond à une étude qualitative exploratoire où nous avons ciblé quatre établissements de santé⁷⁸ sur le territoire du RUIS. Nous y avons interrogé, pour chacun des établissements, quatre usagers hospitalisés dans des unités de soins différentes, trois membres du personnel (médecin, infirmière et gestionnaire) et deux intervenants en soins spirituels. Plus précisément, cette recherche comporte trois objectifs :

1. Recueillir des données fiables sur l'état des lieux en ce qui concerne la dispensation et l'organisation des soins et des services spirituels sur l'ensemble du territoire du RUIS de Sherbrooke.
2. Saisir l'influence de la sécularité et du pluralisme religieux, propre à la réalité québécoise, sur la dispensation et l'organisation des soins et des services spirituels sur le territoire visé.
3. Saisir l'influence des représentations particulières des soins et des services spirituels ayant cours dans le réseau de soins au sein du territoire visé sur la dispensation et l'organisation de ces soins et services spécifiques.

Plusieurs volets ont été prévus pour arriver à rencontrer nos objectifs dont le principal consiste en l'étude qualitative exploratoire, sur laquelle on veut particulièrement mettre l'emphasis, ici. Mais avant, nous devons tout de même présenter brièvement cette recherche afin de clarifier notre propos.

⁷⁸ Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), l'Hôpital Honoré-Mercier à Saint-Hyacinthe, le Centre de santé et de services sociaux des sources à Asbestos (CSSS) incluant leur centre d'hébergement de longue durée (CHSLD) et le CSSS de Drummondville incluant l'Hôpital Hôtel-Dieu et le CHSLD Frédérick-George-Hériot.

2.1 Présentation du projet de recherche

Une alliance entre la FaTER et le RUIS de Sherbrooke a été créée à l'automne 2011 afin de brosser un portrait de la situation en ce qui concerne la dispensation et l'organisation des soins et des services spirituels sur son territoire ainsi que d'élaborer un devis descriptif de recherche pour mener à terme une étude qualitative exploratoire qui permettrait à ces deux organisations de mieux saisir le phénomène lié à la disparité des soins et des services spirituels observé sur son territoire. La finalité de ce projet est d'en arriver à formuler des recommandations et des pistes de solutions en ce qui concerne la dispensation et l'organisation des soins et des services spirituels afin d'assurer leur accessibilité et leur qualité sur l'ensemble du territoire du RUIS de Sherbrooke, en respectant et en saisissant au mieux les différentes réalités du réseau de soins ainsi que les différentes initiatives proposées et mises de l'avant.

Mais avant d'en arriver à ces propositions, il fallait mieux comprendre cette disparité sur le territoire. Était-elle d'ordre contextuel? Le territoire du RUIS est particulièrement diversifié et étendu (zone urbaine et rurale, usagers parfois particulièrement âgés et de confession catholique essentiellement ainsi que multiconfessionnelle). Ou davantage d'ordre idéologique? Différentes visions coexistent sur la dispensation et l'organisation de ces soins et services sur le territoire. Peuvent-elles coexister sans nuire à la qualité des soins et des services spirituels sur le territoire? En somme, cette disparité a-t-elle lieu d'exister? Et si tel est le cas, comment s'assurer que tous les usagers sur le territoire aient accès à ces soins et services et à la même qualité de soins? Sans oublier que cette disparité pourrait également être le résultat d'un écart en ce qui concerne les ressources disponibles pour ces soins et services au sein du réseau. Mais lorsqu'il est question de ressources disponibles, il est souvent également question de choix et d'idéologie.

Dans le domaine des études qui concernent le religieux contemporain ainsi que dans le réseau de soins québécois, un postulat existe qui est celui de la réalité séculière et pluraliste au plan religieux du Québec actuel. Les modalités du croire sont en mutation, ce que nous avons particulièrement démontré dans cette thèse. Est-ce que les représentations des usagers, des intervenants en soins spirituels et des membres du personnel hospitalier concordent? Est-ce que les transformations actuelles en ce qui concerne le vécu spirituel, religieux ou

philosophique, au sein de la société québécoise, sont à même d’influencer la dispensation et l’organisation des soins et des services spirituels sur le territoire? Voici encore d’autres éléments qu’il fallait prendre en compte pour saisir l’ensemble du phénomène lié à cette disparité avérée de la dispensation et de l’organisation des soins et des services spirituels sur le territoire du RUIS de Sherbrooke.

Dans le cadre de ce projet, nous avons donc utilisé la grille suivante⁷⁹ :

Question de recherche	Concepts	Population
De quelle manière les représentations particulières des soins et des services spirituels véhiculées sur le territoire du RUIS de Sherbrooke ainsi que la réalité séculière et le pluralisme religieux au Québec, influencent-ils la disparité de ces soins et services observée sur le territoire?	Représentations des soins et des services spirituels Sécularité et pluralisme religieux (signification de l’expérience vécue)	Usagers Intervenants en soins spirituels Membres du personnel des établissements de santé

Au final, la principale retombée attendue de ce projet de recherche est l’élaboration de recommandations et de pistes de solutions en ce qui concerne l’organisation et la dispensation des soins et des services spirituels afin qu’ils répondent aux différentes réalités sur le territoire du RUIS de Sherbrooke, en répondant également au besoin du RUIS de s’assurer de leur accessibilité et de leur qualité sur l’ensemble du territoire.

2.2 Impressions de terrain

Notre projet de recherche s’est donc attardé à saisir, dans un premier temps, le vécu et les représentations des différentes personnes interrogées en lien avec les soins et les services spirituels en partant d’elles-mêmes et de ce qu’elles avaient à nous livrer sur le sujet. Nous demeurerons prudents, ici, puisque l’analyse des données n’a pas été complétée, mais disons que ce que nous pouvons pressentir d’emblée, à la suite de ce terrain de recherche, c’est

⁷⁹ Selon le modèle de Marie-Fabienne Fortin, dans son ouvrage en collaboration avec José Côté et Françoise Filion: *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal, Chenelière Éducation, 2006.

d'abord, qu'il existe une disparité de visions quant à ces soins et services qui touchent tous les individus interrogés, qu'ils appartiennent au même groupe (usagers, membres du personnel et intervenants en soins spirituels) ou non . Ensuite, les usagers ne semblent pas nécessairement se servir du système de soins pour assouvir leurs besoins spirituels, si tant est qu'ils en expriment. Ce qui fait le lien avec notre premier chapitre et ce que nous avons illustré plus haut, en ce qui a trait au fait que le système de soins actuel pourrait contribuer à générer un besoin spirituel chez les usagers, lié particulièrement au manque; c'est-à-dire que, comme il n'est pas au fait de ce nouveau vécu spirituel lié à la santé et aux nouvelles représentations de la santé et de la maladie que ce vécu génère, il ne peut effectivement répondre aux besoins que pourraient encourir certains usagers à cet effet. Mais ceci va dans les deux sens, dans cette recherche de terrain nous découvrons que bien qu'il existe maintenant des services en soins spirituels incluant des intervenants laïques, par exemple, la majorité des usagers ne perçoivent tout de même pas que le système de soins pourrait les aider en ce sens. Leurs représentations des soins spirituels demeurent très religieuses, ce qui ne correspond parfois ni avec leur vécu et leurs besoins ni avec ce que représentent réellement les services et soins spirituels offerts dans l'établissement de santé. Bien sûr, certains usagers sont encore très religieux, tous ne sont pas laïques, athées ou sans religion, mais nous remarquons, ce que nous avons déjà observé dans notre thèse, que les changements dans les modalités du croire changent, également, pour ces personnes. Et lorsqu'il est question du lien entre les vécus sanitaire et spirituel, plusieurs représentations rassemblent tous les usagers, au-delà de leur appartenance religieuse, de leur spiritualité ou de leur philosophie de vie. D'où l'un des intérêts particuliers de s'intéresser à la voie de l'intériorité responsable qui rallie, justement, plusieurs vécus épars liés à la religion, à la spiritualité et à la philosophie de vie des individus dans notre société, comme nous l'avons déjà démontré en deuxième partie.

De plus, cela nous confirme que la méthodologie qualitative que nous avons choisie, dans le cadre de ce projet comme dans le cadre de notre thèse, est pertinente puisque nous devons nous intéresser au vécu des individus selon les termes qu'ils emploient, eux, pour décrire le religieux ou la spiritualité, les soins spirituels et leurs besoins en ce sens, s'il y a lieu, afin d'en arriver à élaborer des recommandations et des pistes de solutions en ce qui a trait aux soins et services spirituels sur le territoire. Selon la même logique que nous avons employée dans le cadre de l'élaboration de notre guide d'entrevue pour notre thèse, le guide d'entrevue que nous avons élaboré pour ce projet ne comporte aucun choix de réponse. Comme nous l'avons mentionné, il existe une disparité flagrante entre plusieurs des soins spirituels, alors

nos choix de réponse en ce sens auraient pu être liés à une vision particulière venant influencer les réponses des participants et nous mettre sur de fausses pistes. D'ailleurs, comme nous l'avons également mentionné, les usagers ne semblent pas voir dans le système une réponse à leurs besoins spirituels et, sur ce, même les services des soins spirituels ne trouvent parfois pas d'écho à leur vécu. Il faut donc bien comprendre leurs représentations ainsi que leur vécu de la spiritualité ou de la religion afin d'agir et d'élaboration des recommandations en conséquence.

Une autre raison de partir de l'individu et de s'intéresser à la voie de l'intériorité responsable serait peut-être, dans ce contexte, d'aller au-delà de ce que proposent les services en soins spirituels pour déceler d'autres besoins possibles ou d'autres visions possibles afin d'ajuster le service de manière cohérente. Enfin, nous avons remarqué, dans notre recherche en collaboration avec le RUIS de Sherbrooke, que les patients mentionnent souvent ne pas avoir besoin de personnes pour assouvir leurs besoins spirituels, qu'ils *s'arrangent eux-mêmes*, ou encore, comme nous l'avons mentionné, que ce n'est pas au système de soins d'y voir. Pour nous, cette réaction va de pair avec le vécu de la voie de l'intériorité responsable. Comme nous l'avons démontré, ce vécu est lié à de nouvelles règles sociales, particulièrement sanitaires, venant modifier les représentations de la santé et de la maladie elles-mêmes mais également donner une ligne de conduite qui permet aux individus d'adhérer à cette nouvelle forme de socialisation qui implique beaucoup de responsabilités individuelles. En comprenant mieux ce contexte, nous pourrions analyser le fait que les individus se responsabilisent par rapport à leurs besoins spirituels autrement qu'en concluant qu'ils ne souhaitent pas recevoir d'aide en ce sens ou qu'ils n'ont pas de besoins en ce sens mais bien en concluant qu'ils adhèrent aux nouvelles règles de sociabilités ambiantes et donc, encore une fois, adapter le système en conséquence. Les patients pourraient avoir de réels besoins qui pourraient être liés à la voie de l'intériorité responsable et dont il faudrait tout de même tenir compte dans l'élaboration d'un programme de soins et services spirituels, par exemple.

De plus, en continuité avec cette responsabilisation individuelle importante actuellement, nous avons mentionné qu'avec la complexification de la définition de la santé nous observons, tant en amont de notre recherche de terrain qu'en aval, que le vécu spirituel ou l'ajout de la spiritualité à la définition de la santé ne devait pas devenir un stress ou une nouvelle source de performance. En effet, dans une société où la responsabilisation par rapport à soi et de surcroît par rapport à sa santé est prégnante, la spiritualité pourrait

effectivement devenir un nouveau lieu de perfectionnement à conquérir. Nous croyons qu'il est intéressant de percevoir ce phénomène, pouvant être lié à la voie de l'intériorité responsable, tant du point de vue des médecines préventive et prédictive que des médecines curative et palliative. D'abord, en ce qui concerne la prévention, comme nous l'avons observé, la santé étant représentée par le fait de prendre soin de soi physiquement, psychologiquement, socialement et parfois spirituellement par nos participants, elle devient clairement une ligne de conduite. Il est important de bien saisir ce phénomène à notre avis puisque, notamment, lorsqu'il est question du lien entre le vécu spirituel et sanitaire des participants, l'ajout de la spiritualité peut parfois devenir une source de performance, un poids supplémentaire dans le but d'acquérir plus de bien-être et de santé. Parfois, nous l'avons observé particulièrement dans notre recherche de terrain au sein de l'Église de type *Interfaith* au Québec, ce volet entraîne plusieurs préoccupations supplémentaires par rapport à sa santé ainsi que des consultations de spécialistes divers et, donc, beaucoup de ressources. Quoi qu'il en soit, la santé génère des ressources chez tous les individus interrogés qui, s'ils le pouvaient, en déploieraient davantage bien souvent. Le fait que la santé, et de surcroît la façon d'être et d'agir à cet égard, devienne une ligne de conduite, est un fait important et souvent lié à la philosophie de vie et à la spiritualité de l'individu qui jugera les autres en fonction de paramètres inclus dans cette ligne de conduite comme ceux, très prégnants, d'être positif et de prendre soin de soi. Cette nouvelle ligne de conduite est au cœur du changement de paradigme en ce qui concerne les représentations même de la santé et de la maladie et de ce qui constitue un individu malade ou sain. Être au fait de ces changements, des conséquences possibles de l'ajout de la spiritualité à la définition de la santé ainsi que du vécu de l'intériorité responsable peut ainsi apporter une réflexion supplémentaire lorsqu'il est question de lancer une campagne de prévention en santé publique par exemple, ou encore, de promouvoir l'avènement de différents tests en médecine prédictive.

En ce qui concerne les médecines curative et palliative, on entend souvent les médecins nous dire qu'ils souhaitent redonner de l'autonomie aux patients et les rendre partenaires en ce qui concerne les choix médicaux qu'ils auront à faire (Cadoré 1994; Malherbe 1994). Ce phénomène et son historique est bien expliqué par Jocelyne Saint-Arnaud dans son livre *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*:

Depuis les premières déclarations des droits formulées à la fin du XVIII^e siècle, jusqu'à l'élaboration des chartes actuelles l'autonomie de la personne n'a cessé de

s'affirmer au point d'apparaître aujourd'hui comme la valeur de base des sociétés industrielles. [...]. Dans le domaine de la santé, la reconnaissance de l'autonomie de la personne est un phénomène récent, d'origine américaine, dont la manifestation est en voie de généralisation au Canada. (2006 : 91).

Le processus d'autonomie serait lié particulièrement aux avancées des sciences et des technologies médicales entraînant entre autres une infinité de « possibilités thérapeutiques nouvelles qui engendrent des choix médicaux et éthiques auparavant inexistantes. » (2006 : 93). La relation médecin et patient est donc en changement le médecin demande ou doit demander davantage l'avis de ses patients et leurs choix quant aux traitements qu'ils souhaitent ou non obtenir. Enfin, nous avons particulièrement analysé ces questions dans les premiers chapitres de notre thèse; rappelons que Claudine Hertzlich et Janine Pierret parlaient de l'émergence du « nouveau malade » pour qui la notion de gestion de la maladie vient remplacer celle de la guérison. Cette gestion permet de retrouver une image positive de soi en gardant une partie de la maîtrise de la situation, selon Gérard Briche, atteint d'une maladie chronique (le lupus érythémateux aigu disséminé) (1998 : 244). Nous pouvions également y voir apparaître des traits caractéristiques que l'on retrouvait dans le cheminement de Yannick : ne pas rester passif face à la maladie, se prendre en charge et devenir en somme soignant ou auto-soignant et non plus seulement soigné, ainsi que retrouver une image positive de soi par la maîtrise de la situation.

Pour les patients, voire pour tous les participants à notre recherche doctorale, l'autonomie est également très importante, mais encore une fois, il faut faire attention au vécu de l'intériorité responsable afin de ne pas créer un poids supplémentaire pour le patient, voire même pour toutes personnes saines. Certains participants à notre recherche doctorale ont bien exprimé certaines nuances à cet égard, que nous avons relevées dans la deuxième partie de cette thèse. Mais en ce qui concerne les personnes malades, nous trouvons un bon exemple de ceci dans le livre *Revivre!*, de Guy Corneau, où il explique le cas de son amie Yanna pour qui la guérison devient une performance :

Je réalise à travers le temps que la volonté de guérir de Yanna est devenue un obstacle central à un retour possible à la santé. Cela peut sembler paradoxal, mais cette guérison représente une autre exigence envers elle-même, une terrible exigence, la plus terrible. Il s'agit d'un autre stress, d'une autre performance, d'un autre

accomplissement à sortir de sa manche. Pourtant, tout dans la maladie invite à l'abandon de la volonté pour se mettre à l'écoute des forces vives. Le problème central lié à une telle démarche volontariste -je tiens à le souligner- réside dans le fait qu'elle finit par contrôler et interdire tout débordement émotionnel. On ne veut pas et on ne peut pas se laisser aller. (2010 : 128).

En fait, Yanna refuse les traitements médicaux et tente par différentes alternatives et efforts personnels de s'en sortir : alimentation, méditation, visualisation, etc. Yanna a une spiritualité forte et n'a aucun problème à se tourner vers l'intérieur. Mais voilà, sa maladie, et par le fait même sa guérison, devient de sa responsabilité. Corneau l'explique bien, cela devient un autre stress, ce que nous nommons un poids supplémentaire. La maladie étant de notre responsabilité, la guérison devient un accomplissement et la mort un échec.⁸⁰ Dans le cadre de notre recherche doctorale, la majorité des participants estimait que l'on était responsable en partie de nos maladies, particulièrement à cause des habitudes de vie, mais d'autres allaient plus loin en parlant de *façon d'être, de blessures, d'émotions refoulées*... De plus, une grande majorité des participants nous a toutefois clairement mentionné que ce qui les inspirait chez les personnes malades c'était leur *façon d'être, de rester positive et de ne pas se laisser aller*. Cette *façon d'être*, ne l'oublions pas, est valorisée également chez les personnes saines. Il faut donc faire attention, si nous revenons à notre recherche en collaboration avec le RUIS, lorsque les personnes hospitalisées nous mentionnent qu'elles sont responsables de l'aspect spirituel ou qu'elles *s'arrangent avec ça*, peut-être pourrions-nous y voir, parfois, un poids supplémentaire et y être attentif. Les systèmes de soins et de santé doivent être au fait de cette tangente vers la performance que peut prendre le vécu spirituel lié au vécu sanitaire afin de ne pas contribuer eux-mêmes à mettre un poids supplémentaire sur les individus hospitalisés. En fait, la voie de l'intériorité responsable peut prendre cette tangente, qui va vers un vécu plus volontariste, mais, également, une autre tangente qui est d'aider à l'abandon et à l'acceptation. Tout n'est pas tout noir ou tout blanc, il existe des tensions contradictoires ou complémentaires dans le cadre de ce vécu. Et ces tensions se retrouvent chez tous les

⁸⁰ Plusieurs livres de personnes s'étant guéries d'un cancer, ou autres, sont actuellement en librairie comme *Notre pouvoir de guérison* (2005) de Johanne Robitaille Manouvrier, par exemple. Le médecin Ghislain Devroede, dans son livre *Chacun peut guérir*, mentionne au verso que : « La maladie n'est pas une fatalité. Il est possible de guérir si l'on arrive à toucher à sa blessure fondamentale [...] » (2009). À la lumière de l'analyse que nous avons menée dans cette thèse, loin de nous la prétention de contester ces récits et recherches mais simplement de rendre attentif à l'aspect performance que peut revêtir la guérison dans certains contextes. Attention de ne pas mettre un poids supplémentaire sur les individus malades qui doivent chercher à tout prix en eux les causes de la maladie pour « guérir ». Ce bémol a, d'ailleurs, été mentionné clairement dans les propos de certains de nos participants.

participants à notre recherche doctorale, à différents degrés, comme nous l'avons clairement observé en deuxième partie. Alors, lorsque l'on veut implanter de nouvelles règles ou formuler des recommandations en ce qui concerne les soins et les services spirituels dans les établissements de santé, s'intéresser d'abord à ce vécu devient incontournable, pour ne pas risquer de nuire mais bien d'aider, d'accompagner les personnes malades. De plus, comme ce qui est valorisé comme règles sociales dominantes est la responsabilité par rapport à soi, il est peut-être normal, dans ce contexte, que les individus malades disent *s'arranger avec ça*. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il n'y a pas de besoins mais plutôt qu'ils adhèrent à cette règle de responsabilisation personnelle.

Finalement, il en va du même principe pour les domaines de la prévention et de la médecine prédictive, le devoir d'être bien portant, accentué par la responsabilité de notre intériorité, peut devenir paradoxal, en adoptant une tangente menant à plus de stress que d'apaisement et de bien-être. Il faut être conscient que certaines actions et choix faits dans les domaines de la santé puissent mener à accentuer cette tangente afin que l'intégration de la spiritualité contribue, au final, vraiment, à plus de bien-être ou à un apaisement. Il faut, donc, dans les différents domaines de la santé, être conscient des actions qui peuvent créer davantage de performance versus celles qui peuvent mieux servir à l'accompagnement ou au bien-être de tout individu. Il y a trente ans, selon Mathieu Roy dans son article « Pour une promotion de la santé/la salutogénèse », un concept a contribué à changer le paradigme des sciences de la santé qui était de s'intéresser davantage aux pathologies et à ce qui rend les individus malades pour aller vers ce qui rend les individus en santé. Ce courant provient du concept de la « salutogénèse » d'Antonovsky⁸¹. Selon, le post-doctorant Mathieu Roy : « Salutogénèse et promotion de la santé doivent se parler davantage, se nourrir mutuellement quitte à fusionner [...]. » (2013 : 47). L'intérêt de mieux saisir le vécu de l'intériorité responsable pourrait indéniablement participer à alimenter ce changement fondamental en sciences de la santé qui est de s'intéresser aux éléments qui contribuent à générer toujours davantage de santé chez une population visée, en demeurant alerte lorsque l'ajout de certains éléments pourrait devenir une exigence sanitaire pesante plutôt que salutaire.

⁸¹ Sociologue de la santé israélien qui s'intéressait à la théorie du stress et à ses effets sur la santé.

CONCLUSION

Quelles influences peuvent entraîner les préoccupations individuelles et collectives actuelles pour la santé sur la perception de l'état de bien-être global des individus sains, et plus particulièrement sur leur cheminement spirituel? Nous avons répondu à cette question initiale par l'entremise d'une analyse des différentes préoccupations liées à la santé afin d'explorer l'influence d'une représentation de la santé parfaite sur le rapport que des individus sains contemporains entretenaient avec leur santé. Nous avons mis de l'avant le lien entre les vécus sanitaire et spirituel de ces individus qui se préoccupaient de leur santé par au moins une activité quelconque (Cardio plein air, centre sportif, méditation, yoga, etc.). Nous avons également interrogé un certain nombre d'individus atteints d'une maladie chronique, à des fins de comparaison. À la suite de l'analyse de nos données de terrain, nous sommes arrivés à la conclusion que ce lien était particulièrement prononcé et homogène chez l'ensemble de nos participants. Nous pouvons affirmer l'existence d'une expression particulière de la spiritualité correspondant au lien entre les vécus de la santé et de la spiritualité que nous avons nommé : la voie de l'intériorité responsable. Cette nouvelle spiritualité s'exprime dans le cadre d'une modalité du croire importante dans notre société que nous avons, quant à elle, nommé : la foi sans abri. Il s'agit d'une modalité du croire qui rallie les individus ayant des cheminements spirituels individualisés, qu'ils construisent en butinant d'une philosophie, d'une spiritualité ou d'une religion à l'autre, au fil de leurs expériences de vie. Bien que ces cheminements soient individualisés, nous avons démontré qu'ils relèvent de règles sociales et collectives dominantes liées à la santé. L'homogénéité de notre groupe de participants, sur l'ensemble des points étudiés, témoigne bien de l'emprise de ces règles sociales. L'étude de terrain que nous avons menée en collaboration avec le GRDU en témoigne également, en nous fournissant un exemple d'institutionnalisation de la voie de l'intériorité responsable.

En fait, nous avons observé qu'il n'y avait pas de différences notables entre les vécus sanitaire et spirituel des participants et ce, bien qu'ils se disent catholiques pratiquants ou non-pratiquants. Le fait d'appartenir à une institution religieuse ou non n'est pas un critère de différenciation, ici. En ce sens que, bien que les individus interrogés se définissent différemment lorsqu'il est question de leur spiritualité ou de leur philosophie de vie, leur manière de croire et d'adhérer aux règles sociales dominantes liées à la santé et à une responsabilisation croissante de soi par rapport à l'ensemble de son existence, se révèlent être

semblable à différent degré d'intensité. De plus, cela ne change pas lorsque les participants sont atteints d'une maladie chronique. La voie de l'intériorité responsable est une nouvelle forme de spiritualité touchant donc plusieurs individus épars dans notre société et contribue à nous éclairer sur ce qui les rassemble dans leurs vécus et leurs croyances. Le phénomène de la responsabilisation individuelle, que nous avons analysé dans notre première partie, s'est avéré être bien présent dans le vécu de nos participants. Toutefois, cela ne fait pas d'eux des individus sans guide.

Nous avons effectivement observé, parmi les croyances et représentations qui rassemblent les individus interrogés, que la santé agit comme nouveau guide pour définir les actions qui sont justes ou non, ou encore, une façon d'être qui est jugée positive ou négative par ceux-ci. Les individus contemporains que nous avons interrogés auraient donc comme nouveau phare dans leur existence le vécu de la santé. C'est bien ce vécu qui contribue à donner un sens à leur existence, bien avant la spiritualité dans la majorité des cas. Dans ce contexte, la spiritualité devient un outil pour réaliser les aspirations individuelles et collectives liées à la santé et à la réalisation personnelle. La voie de l'intériorité responsable donne un sens à l'existence, ici et maintenant. Elle donne un sens, avant tout, à la vie. Le sens de la mort y est parfois rattaché mais devient d'un second ordre. L'important est d'être authentique vis-à-vis de soi-même et de vivre au mieux, parfois, pour le plus longtemps possible. Et pour ce faire, les individus interrogés doivent puiser dans leurs nombreux potentiels (physique, psychologique, social, environnemental, émotionnel et spirituel), ils doivent se responsabiliser et suivre leur voie. Aucune surprise alors que, dans ce contexte, tous ces individus butinent et construisent une spiritualité et une philosophie de vie à leur image. Les exigences de leur société vont en ce sens.

L'individualisme que nous avons analysé dans la première partie de notre thèse, est en fait un individualisme de surface. Ce que nous observons clairement, c'est que la voie de l'intériorité responsable correspond bien à une exigence sociale qui dicte une responsabilité par rapport à soi. Cette responsabilité est bien intériorisée par tous nos participants et un fait important, qui revient dans leur discours, est le suivant : *il faut être bien avec soi pour être bien avec les autres*. Est-ce une nouvelle morale? Nous avons affirmé que nous demeurerions prudents à cet effet. Enfin, bien que certaines valeurs existent depuis la nuit des temps, nous pouvons observer qu'aujourd'hui, la voie de l'intériorité responsable, ralliant les vécus de la santé et de la spiritualité d'un certain nombre d'individus dans notre société, constitue une morale

répondant à certaines règles sociales dominantes liées à la santé et à la responsabilisation individuelle. Ce sont ces nouvelles règles qui contribuent, actuellement, à faire respecter une certaine morale ou certaines valeurs communes. C'est en ce sens que le narcissisme, que nous avons également analysé dans notre première partie, puisqu'il répond aux exigences collectives, devient par nature un élan vers l'autre. C'est pour ne pas être en marge de leur société que les individus adhèrent aux règles sanitaires et à la responsabilisation individuelle de soi, pouvant entraîner un certain individualisme ou un narcissisme. Cet individualisme ou ce narcissisme devient une manière de s'intégrer à sa société, une manière d'être avec l'autre.

Enfin, dans le cadre de notre thèse nous avons analysé une représentation de la santé parfaite particulière : l'obsession de la santé parfaite d'Illich. Nous nous sommes rendu compte, à la suite de notre étude de terrain, que cette notion de santé parfaite chez les participants dépasse l'auteur en se liant à leur vécu spirituel. En fait, dans les années 70, dans son livre *Némésis médicale*, Illich mentionnait que l'*entreprise médicale* menaçait la santé. En 2004, il dira, dans son article « L'obsession de la santé parfaite » :

Vingt-cinq ans plus tard, je ne pourrais plus reprendre cette phrase à mon compte, et cela pour deux raisons. Les médecins ont perdu le gouvernail de l'état biologique, la barre de la biocratie. Si jamais il y a un praticien parmi les « décideurs », il est là pour légitimer la revendication du système industriel d'améliorer l'état de santé. Et, en outre, cette « santé » n'est plus ressentie. C'est une « santé » qui est paradoxale. « Santé » désigne un optimum cybernétique. La santé se conçoit comme un équilibre entre le macrosystème socio-écologique et la population de ses sous-systèmes de type humain. Se soumettant à l'optimisation, le sujet se renie.

Aujourd'hui, je commencerais mon argumentation en disant : « *La recherche de la santé est devenue le facteur pathogène prédominant.* » (2004 :32).

Aujourd'hui, en 2014, la voie de l'intériorité responsable est une spiritualité créée et vécue par un ensemble d'individus contemporains ayant répondu à cette quête de santé. Quête effectivement paradoxale, en ce sens qu'elle peut devenir un poids supplémentaire dans la complexification de la définition actuelle de la santé, incluant le physique, le psychologique, le social, l'environnemental, l'émotionnel et le spirituel. Dans notre hypothèse de départ, nous affirmons que la santé parfaite était impossible à atteindre et que plusieurs paradoxes

existaient en ce qui concernait cette représentation de la santé, ou encore, cette pression liée à la santé. Pression qui pourrait devenir envahissante et angoissante plutôt que salvatrice. De plus, l'identité même de l'individu sain était peut-être compromise, dans un contexte où la normalité est de plus en plus difficile à atteindre. C'est en ce sens que nous avons avancé l'hypothèse que cette utopie de la santé parfaite pouvait contribuer au fait que certains individus sains puissent entretenir une angoisse vis-à-vis de leur état de santé qui, par le fait même, viendrait les priver d'un certain état de bien-être lié à une bonne santé en général. Dès lors, une nouvelle forme de spiritualité liée à la santé pourrait émerger du fait de telles conséquences associées à l'obsession de la santé parfaite.

Nous avons effectivement observé, chez tous les individus interrogés, qu'une pression existe en termes d'état de santé et de responsabilisation individuelle par rapport à son état. Bien que certains affirment ne ressentir aucune pression sociale à cet effet, nous remarquons dans leurs propos qu'ils ont bien intériorisé ces règles sociales dominantes. Toutefois, ces individus ne se disent pas vraiment angoissés, pour la plupart, bien que certains semblent tout de même davantage préoccupés que d'autres que ce soit par leurs habitudes de vie, leur mental ou leur génétique. Une nouvelle forme de spiritualité, la voie de l'intériorité responsable, a bien émergé du fait de telles conséquences associées à l'obsession de la santé parfaite, actuellement. Et, si Illich disait en 1999 que *la santé devenait le facteur pathogène prédominant*, en 2014, il faudra voir à ce que la spiritualité ne devienne pas une exigence sanitaire, mais bien une aide salutaire.

Ouverture

Finalement, nous aimerions conclure cette thèse en amenant certaines propositions d'ouverture à notre recherche et, ainsi, y voir certaines continuités possibles. D'abord, comme nous l'avons mentionné en troisième partie, la voie de l'intériorité responsable ne serait, à notre avis, qu'une forme d'expression de la foi possible s'exprimant au sein de cette nouvelle modalité du croire que nous nommons la foi sans abri. Il serait donc maintenant intéressant d'en observer d'autres expressions, ce qui viendrait compléter notre compréhension du phénomène. Par exemple, nous pourrions analyser le vécu de la santé et de la spiritualité chez des groupes d'individus plus marginaux au sein de notre société, comme les sans-abris, les toxicomanes, ou encore les athlètes de haut niveau. La voie de l'intériorité responsable existe-

t-elle chez ces groupes? Et, si oui, quelle forme prend-elle? Comme le mentionne Lupton : « It therefore cannot be argued that public health and health promotional discourses are uniformly coercive, repressive or confining, for they provide ways of shaping embodiment and a range of subject positions. However, these bodily practices and sources of subjectivity are not available to all individuals equally, and do frequently serve to perpetuate relations of social inequality, [...] ». (1995 : 156). Il serait donc pertinent, maintenant que nous avons observé l'existence de la voie de l'intériorité responsable chez un groupe d'individus contemporains préoccupé par sa santé ayant un statut économique relativement semblable (classe moyenne, parfois supérieure, parfois, inférieure), d'élargir cette analyse à d'autres groupes au sein de notre société. Ensuite, comme nous venons de discuter dans le chapitre précédent de l'apport possible dans les domaines de la santé de mieux comprendre le vécu lié à la voie de l'intériorité responsable, élargir notre compréhension de ce vécu à différents groupes dans notre société nous permettrait d'avoir un portrait plus complet de la situation. De plus, il serait tout aussi intéressant de mieux saisir ce vécu afin d'adapter ou de créer certains programmes en éducation, par exemple, et dans d'autres domaines que ceux de la santé.

Enfin, la foi sans abri peut certainement s'observer ailleurs dans le monde ainsi que la voie de l'intériorité responsable. Actuellement, les modalités du croire changent mondialement et la santé devient également un enjeu international majeur. La voie de l'intériorité responsable pourrait donc être observée ailleurs, mais, selon des différences culturelles importantes auxquelles correspondraient des représentations de la santé et de la maladie particulières. Il serait intéressant d'observer ces divergences et de les comparer, particulièrement dans un monde où le réseautage est très important et où les possibilités de communications et d'échanges sont largement modifiées et facilitées. Nous pourrions y analyser plusieurs « inter-influences » entre différents pays ou groupes d'individus particuliers. La foi sans abri étant particulièrement liée au fait de construire sa propre spiritualité selon ses expériences, ses valeurs et ses préférences religieuses, spirituelles ou philosophiques, elle est susceptible de devenir importante dans un monde où l'individu est au cœur de l'échange. Mais, encore une fois, ne nous y trompons pas, plusieurs règles sociales entrent en ligne de compte dans ce parcours et la voie de l'intériorité responsable est un exemple culturel particulier, lié à la foi sans abri, qui obéit, comme nous l'avons clairement observé, à des règles de sociabilité dominantes au sein de notre société. Observer d'autres règles de sociabilité particulières pouvant mener à la voie de l'intériorité responsable pourrait donc être toujours plus éclairant

en ce qui a trait à ce phénomène lié au religieux contemporain. Pourrions-nous encore une fois rallier certains vécus liés à la santé et à la spiritualité des individus et parler d'une intériorité responsable sans frontières?

Quoi qu'il en soit, il serait selon nous pertinent de poursuivre cette recherche en ce sens. Dans le cadre de notre projet de recherche en collaboration avec le RUIS de Sherbrooke, nous tenons à nous inspirer d'autres modèles ayant trait aux soins et aux services spirituels dans les établissements de santé ailleurs dans le monde pour formuler nos recommandations. Mieux connaître le vécu religieux, spirituel ou philosophique qui inspire ces modèles en amont serait donc un atout important à notre compréhension. Si, dans le meilleur des mondes, les soins et services spirituels suivent les besoins et les attentes des patients, l'accompagnement est culturellement perçu de manière bien différente, tout comme la spiritualité, le religieux, la santé et la maladie.

Ce qui constitue un individu sain ou un individu malade au sein des sociétés est en constante mouvance, tout comme les règles sanitaires et les nouvelles constructions identitaires liées au religieux, à la spiritualité et à la philosophie de vie. La voie de l'intériorité responsable s'inscrit dans cette mouvance actuelle du religieux contemporain, qu'on ne peut séparer d'autres phénomènes sociaux correspondant particulièrement, dans notre société, à l'avènement de nouvelles règles de socialisation impliquant une grande responsabilisation personnelle liée à son existence, à son bien-être et à sa santé (physique, psychologique, sociale, environnementale, émotionnelle et spirituelle). N'oublions pas, en terminant, que sous couvert de narcissisme cette responsabilisation personnelle, pouvant entraîner un souci de soi particulièrement prégnant, devient, dans ce contexte, un élan vers l'autre. Alors, s'il existe une intériorité responsable sans frontières, cet élan serait simplement plus imposant mais pourrait également comporter son lot de contraintes.

ANNEXE I

EXPÉDIÉ LE 9 AVR. 2010



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

Le 9 avril 2010

Madame Sara Delisle
Étudiante
Doctorat en études du religieux contemporain
Faculté de théologie

Objet : **Évaluation de votre projet de recherche par le Comité d'éthique de la recherche**
N/Réf. : 2010-15/Delisle/

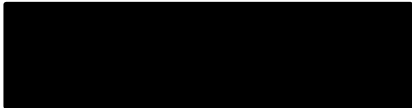
Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a reçu les modifications demandées, concernant votre projet de recherche intitulé « **La notion de santé parfaite et son influence sur l'état de santé et le cheminement spirituel des individus sains** ».

À la lumière des informations fournies et à la suite de l'examen des documents soumis, le comité juge que votre projet sera conforme aux règles éthiques de la recherche et vous remet le certificat d'approbation éthique.

En terminant, je vous rappelle qu'il est de votre responsabilité d'informer le comité de toutes modifications qui pourraient être apportées à votre projet.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche.



Dominique Lorrain
Présidente du comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

p. j. Certificat d'éthique

c. c. Claude Gélinas, directeur de recherche
Louis Vaillancourt, vice-doyen, Faculté de théologie

cc

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : La notion de santé parfaite et son influence sur l'état de santé et le cheminement spirituel des individus sains

Projet subventionné ☐ **Projet non subventionné** ☒ **Projet de maîtrise ou de doctorat** ☒

Nom de l'étudiante ou de l'étudiant : Sara Delisle

Nom de la directrice ou du directeur : Claude Gélinas

Nom du ou de la responsable :

DÉCISION : Favorable ☒ Unanime ☒ Majoritaire ☐
Défavorable ☐ Unanime ☐ Majoritaire ☐

DÉCISION DIFFÉRÉE : ☐

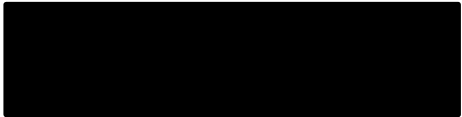
SUIVI ÉTHIQUE :

6 mois ☐ 1 an ☒

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet ☐

COMMENTAIRES :


Dominique Lorrain
Présidente du Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

Date : 9 avril 2010

ANNEXE II

Guide d'entrevue

Nous voulons comprendre le rapport à la santé de l'individu sain moderne. Quel est son parcours de santé en comparaison au parcours thérapeutique des personnes atteintes d'une maladie chronique, inexpliquée ou dégénérative. Quelles sont ses préoccupations vis-à-vis de sa santé et son importance dans son existence. **Poser la question sur l'état de santé de l'individu afin d'être certain qu'il fait bien partie de la catégorie des individus sains (s'assurer qu'il n'a pas d'handicap).**

Identité

Âge :

Sexe :

Occupation :

Confession (s'il y a lieu):

Pratiquant ou non-pratiquant :

1. La perception de votre état de santé et de bien-être

Qu'est-ce que ça signifie être en santé pour vous? En ce moment, vous percevez-vous en santé?

Lorsque vous pensez à votre état de santé, est-ce que vous percevez des angoisses ou des inquiétudes par rapport à votre état de santé ou au contraire vous êtes serein et confiant par rapport à votre état de santé?

Avez-vous des mentors en termes de santé et de bien-être, des exemples pour vous, ou encore, des aides précieuses au quotidien?

Avez-vous une spiritualité et en quoi elle consiste? Est-ce qu'elle joue un rôle dans la perception que vous avez de votre état de santé? Sinon, considérez-vous que vous avez une morale qui vous guide au quotidien?

Est-ce que la santé est une valeur importante dans votre vie, est-ce qu'elle fait partie de votre morale, d'une ligne de conduite? Quelles sont les valeurs les plus importantes dans votre vie?

Votre état de santé est-il important dans l'image que vous avez de vous-même?

Votre état de santé est-il important dans l'image que vous voulez exposer au monde extérieur et dans la façon de vous définir personnellement et socialement? À cet effet, vous arrive-t-il de ressentir une pression sociale par rapport à votre état de santé? Si oui, de quelle nature est-elle (esthétique, physique, psychologique, performance)?

Finalement, est-ce que vous remarquez si les autres prennent soin de leur santé ou s'ils ont l'air en santé? Êtes-vous porté à vous comparer aux autres sur cet aspect? Qu'est-ce que vous

pensez des gens qui ne prennent pas soin d'eux et de leur santé, est-ce que cela influence votre jugement à leur égard?

2. Actions vis-à-vis de votre santé et de votre bien-être

Quelles sont vos préoccupations premières vis-à-vis de votre santé et de votre bien-être global? Plus précisément, quelle importance accordez-vous aux aspects suivants : physique, psychologique, social et spirituel. Sont-ils tous d'égale importance pour votre bien-être global?

Pourquoi vous préoccupez-vous de votre santé, quel est votre but : est-ce que vous voulez maintenir un état de santé satisfaisant, l'améliorer, performer toujours plus en améliorant vos capacités intellectuelles et physiques ou autres?

Quelles actions entreprenez-vous à cet effet (prévention, sports, consultations diverses comme des psychothérapies, médicaments, spiritualité, etc.)? (Vérifier que ces actions sont entreprises à titre préventif lorsque la personne va bien et non seulement lorsqu'elle tombe malade.)

Accordez-vous de l'importance au cheminement personnel, travail sur soi, quête de soi, épanouissement personnel? Si oui, ce cheminement répond à quel besoin et de quelle manière travaillez-vous sur vous-même?

Est-ce que vous avez certains rituels liés à votre santé au quotidien ou au courant de l'année? Qu'est-ce que ces habitudes vous apportent essentiellement?

Combien de temps passez-vous au quotidien à vous préoccuper de votre santé (lecture, nourriture, émission de télé, activités)? Est-ce que ce temps est simplement intégré à votre quotidien ou vous devez ajouter des éléments à votre horaire? Est-ce qu'une part importante de votre budget est liée à ces activités?

La santé prend-elle trop de place dans votre existence ou, au contraire, vous souhaiteriez y accorder encore plus d'importance? Est-ce que vous vous préoccupez de votre santé par devoir ou par plaisir?

Vous arrive-t-il de nuire à votre santé? Comment et que ressentez-vous lorsque vous ne prenez pas soin de vous (culpabilité, signe que ça va mal, laisser-aller, manque d'estime de soi, liberté, jouissance, etc.)? Qu'est-ce qui est le plus risqué ou le plus nuisible pour votre santé, selon vous?

Finalement, est-ce que les campagnes de prévention et les diverses informations médiatiques sur la santé de la population influencent vos préoccupations pour votre santé et les actions que vous posez à cet effet? Si oui pourquoi et, si non, qu'est-ce qui influence le plus vos actions vis-à-vis de votre santé?

3. Outils d'accompagnements (questionnement lié à l'existence)

Avez-vous foi en la technologie et la science pour améliorer nos conditions de santé et de bien-être ainsi que notre longévité? Pourquoi, et si oui, comment peuvent-elles contribuer à ces améliorations?

Avez- vous foi en certaines spiritualités telle que le bouddhisme, par exemple, pour améliorer votre condition de santé et votre longévité? Si oui, pourquoi et comment ces spiritualités peuvent contribuer à cette amélioration?

Comment vous expliquez-vous la souffrance, la maladie et la mort? Ont-elles un sens? (Avez-vous une spiritualité qui vous aide à donner du sens à ces éléments de l'existence, ou autres).

Est-ce que la santé peut contribuer à donner un sens à votre existence? Si oui, comment et en quoi consiste ce sens, quel est-il?

Est-ce que la maîtrise de votre état de santé vous aide à vous sentir en contrôle de votre existence?

Qu'est-ce qui vous dépasse et qui est plus grand que vous? Comment gérez-vous ce qui est insaisissable et immaîtrisable dans la vie? (Qu'est-ce qui est immaîtrisable?)

Finalement, vous sentez-vous responsable de votre santé? Pouvons-nous affirmer que nous sommes responsables de nos maladies? Pourquoi?

Qu'est-ce que ça signifie être normal pour vous? Est-ce que quelqu'un qui est atteint d'une maladie chronique ou autre handicap au quotidien peut être tout de même en santé, selon vous?

En rafale pour terminer : Que représentent pour vous les thèmes suivant : authenticité, bien-être, vide existentiel, bonheur, santé parfaite?

ANNEXE III

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Il est à noter qu'afin de recruter nos participants nous avons apposé des affiches dans certains centres de santé de type spa, au centre sportif de l'Université de Sherbrooke et dans certains centres de yoga. Nous nous sommes également présentés dans certains cours spécifiques, tels que le Cardio plein-air et le yoga. Enfin, la Coop Santé de l'Université de Sherbrooke a fait circuler une annonce Internet, expliquant notre recherche à ses membres.

Toutes ces stratégies ont bien fonctionné, mis à part pour les centres de santé globale de type spa, où nous n'avons recruté que deux personnes, dont une saine et une atteinte d'une maladie chronique. C'est pourquoi elles se retrouvent dans les catégories : autres. Enfin, afin de préserver l'anonymat d'un des participants atteint d'une maladie chronique, nous ne dévoilerons pas le lieu de son recrutement. Il s'agit du participant 2.4.2.

1. Les participants sains (vingt individus interrogés)

Nous avons divisé la codification de nos participants selon le lieu de leur recrutement et en deux catégories principales, constituant le groupe d'individus sains et le groupe d'individus atteints d'une maladie chronique.

Ensuite, pour chacun des participants nous avons noté son sexe, son âge et sa situation professionnelle, c'est-à-dire le fait qu'il soit étudiant, salarié, retraité ou sans emploi⁸². Évidemment, nous n'avons pas spécifié le type d'emploi des individus ni leur domaine d'études afin de préserver leur anonymat. Nous avons jugé que ces informations n'étaient pas nécessaires. D'autant que les individus interrogés provenaient tous de milieux professionnels et universitaires particulièrement différents, nous n'avons pas eu affaire qu'à des personnes dans le domaine de la santé, par exemple, ou encore qu'à des étudiants dans tel ou tel domaine.

Enfin, un critère important était celui de la confession des participants. Nous avons donc noté comment ils se définissaient à cet égard. Dans la majorité des cas, les individus se définissaient comme catholiques, puisqu'ils étaient baptisés, mais non-pratiquants. Parfois, ils précisaient ensuite cette définition. Nous avons alors mis les termes employés entre parenthèses.

⁸² Il est à noter que tous les individus interrogés dans le cadre de notre recherche doctorale avaient un statut économique relativement semblable (classe moyenne, parfois supérieure, parfois inférieure). Tous avaient un emploi ou étaient étudiants à l'université (incluant quelques retraités). Une seule personne était sans emploi en raison d'un handicap sévère. Leur éducation était soit de niveau professionnel, collégial ou universitaire. Ces mêmes caractéristiques prévalaient pour les quatre personnes interrogées dans le cadre de la recherche avec le GRDU, à l'exception d'une personne âgée, sans emploi mais qui avait néanmoins une formation universitaire.

1.1 Participants recrutés dans un centre de yoga⁸³

Participant 1.1.1 : Homme, 31 ans, salarié

Confession : catholique non-pratiquant (*New Age*)

Participant 1.1.2 : Femme, 48 ans, salariée

Confession : catholique pratiquante

Participant 1.1.3 : Homme, 35 ans, salarié

Confession : catholique non-pratiquant (animiste et bouddhiste)

Participant 1.1.4 : Homme, 47 ans, salarié

Confession : catholique non-pratiquant (athée)

Participant 1.1.5 : Femme, 41 ans, salariée

Confession : catholique non-pratiquante (croyante)

1.2 Participants recrutés dans un cours de Cardio plein-air

Participant 1.2.1 : Femme, 49 ans, salariée

Confession : catholique non-pratiquante (a foi en quelque chose d'autre qui n'est pas lié à la religion catholique)

Participant 1.2.2 : Homme, 59 ans, retraité

Confession : catholique pratiquant

Participant 1.2.3 : Femme, 54 ans, salariée

Confession : catholique non-pratiquante (laïque)

⁸³ Certains centres offraient d'autres cours que des cours de yoga mais nos participants y pratiquaient tous le yoga.

Participant 1.2.4 : Femme, 55 ans, retraitée

Confession : catholique non-pratiquante (va à l'église seulement occasionnellement pour les mariages ou les baptêmes)

Participant 1.2.5 : Femme, 60 ans, retraitée

Confession : catholique non-pratiquante (va à l'église seulement occasionnellement pour Noël, Pâques, les mariages et les décès)

1.3 Participants recrutés au centre sportif et au sein de la Coop Santé de l'Université de Sherbrooke

Participant 1.3.1 : Homme, 23 ans, étudiant et salarié

Confession : catholique non-pratiquant (athée)

Participant 1.3.2 : Femme, 24 ans, étudiante et salariée

Confession : chrétienne, relativement pratiquante

Participant 1.3.3 : Homme, 51 ans, salarié

Confession : catholique non-pratiquant

Participant 1.3.4 : Homme, 46 ans, salarié (immigrant habitant au Québec depuis plus de 10 ans)

Confession : agnostique

Participant 1.3.5 : Femme, 30 ans, étudiante et salariée

Confession : catholique non-pratiquante

Participant 1.3.6 : Femme, 26 ans, étudiante et salariée

Confession : catholique non-pratiquante (catholique par défaut)

Participant 1.3.7 : Femme, 22 ans, étudiante et stagiaire
Confession : catholique non-pratiquante

Participant 1.3.8 : Femme, 60 ans, retraitée
Confession : catholique pratiquante oui et non

Participant 1.3.9 : Femme, 23 ans, étudiante et stagiaire
Confession : pas de religions, pas baptisée

1.4 Autres

Participant 1.4.1 : Femme, 44 ans, salariée (immigrante habitant au Québec depuis environ 10 ans)
Confession : catholique non-pratiquante (laïque)
Recrutement : centre de santé de type spa

2. Participants atteints d'une maladie chronique (six individus interrogés)

2.1 Participants recrutés dans un centre de yoga

Participant 2.1.1 : Femme, 53 ans, salariée
Confession : catholique non-pratiquante
Maladie chronique : maladie du cœur et de la glande thyroïde

Participant 2.1.2 : Femme, 55 ans, retraitée
Confession : catholique par période
Maladie chronique : maladie du cœur et de la glande thyroïde

2.2 Participants recrutés dans un cours de Cardio plein-air

Participant 2.2.1 : Femme, 48 ans, salariée

Confession : catholique non-pratiquante

Maladie chronique : arthrose

2.3 Participants recrutés au centre sportif et au sein de la Coop Santé de l'Université de Sherbrooke

Participant 2.3.1 : Femme, 21 ans, étudiante

Confession : pas baptisée, athée

Maladie chronique : maladie héréditaire aux genoux

2.4 Autres

Participant 2.4.1 : Femme, 57 ans, salariée

Confession : catholique non-pratiquante

Recrutement : centre de santé

Maladie chronique : rémission d'un cancer du sein

Participant 2.4.2 : Homme, 41 ans, sans emploi

Confession : catholique non-pratiquant

Recrutement : ?

Maladie chronique : fibromyalgie et handicap au niveau des deux jambes

3. Membres de l'Église de type *Interfaith*

En ce qui concerne les quatre membres de l'Église de type *Interfaith* que nous avons interrogés, nous ne donnerons pas de détails sociodémographiques précis les concernant. Lorsque nous avons effectué notre étude, cette Église ne comptait que 20 à 25 membres, ce qui pourrait donc porter atteinte à leur anonymat dans le cadre de cette recherche.

Nous pouvons tout de même spécifier de nouveau que nous avons interrogé une femme et trois hommes, qu'un membre était âgé entre 20 et 30 ans, que deux autres étaient âgés entre 40 et 60 ans et qu'un autre était un peu plus âgé. Trois étaient salariés et un retraité. En ce qui concerne leur confession, ils ont tous grandi au sein d'une famille catholique non-pratiquante.

ANNEXE IV

Les spiritualités féministes comme lieux de guérison

Résumé

Dans cet article sur les spiritualités féministes, nous voulons faire ressortir leurs apports à la santé des femmes, ainsi qu'à la santé de la population dans son ensemble. Nous analyserons comment la création de nouveaux symboles et rituels par les femmes, les amène à se retrouver dans une relation avec le sacré plus près de leur expérience. Cette création apporte des transformations tant au niveau personnel, chez les femmes, qu'au niveau social. Nous pourrions donc constater une contribution des spiritualités féministes à l'apaisement de certaines souffrances typiquement féminines comme universelles aux groupes marginalisés, voire même, à l'humain en général.

Abstract

In this article on feminist spiritualities, we want to show up their contribution to the women's health, and also, to the people's health in general. We will analyse how the creation of new symbols and rituals by the women, brings them to found themselves again in relation with the sacred closer to their experience. This creation brings transformations at personal level, for women, as it does to their social level. We will be able to perceive a contribution of feminist spiritualities as we notice an appeasement of some sufferings typically feminine, indeed universal to the human being in general.

Dans le cadre de cet article, nous voulons faire ressortir le lien indéniable que les spiritualités féministes entretiennent avec la santé des femmes, ainsi que la contribution à la santé de la population dans son ensemble qui découle de ce lien préalable. D'un point de vue anthropologique, la santé est un construit en constante mouvance. Un construit qui conjugue l'expérience sociale, culturelle et personnelle de l'individu. Comme le mentionne Claudine Herzlich et Janine Pierret, sociologues: « [...] les sociologues et les anthropologues ont, en tout cas dans les pays anglo-saxons, pris les premiers conscience du fait que la maladie, la santé, la mort, ne se réduisaient pas à leur évidence « organique », « naturelle », « objective », qu'elles n'échappaient pas à l'emprise de la société. » (HERZLICH/PIERRET, 1984, p. 15). Par l'entremise de la création de nouveaux symboles et rituels, entre autres, nous verrons comment les spiritualités féministes influencent cette construction, tant personnelle que sociale, de ce qui constitue l'état de santé, la perception du corps, la souffrance et la mort. Nous verrons également, et surtout, comment cette création apporte des transformations pouvant contribuer à l'apaisement de certaines souffrances typiquement féminines comme universelles, ce que nous nommerons des lieux de guérisons.

Afin de situer l'article, précisons que nous nous sommes particulièrement intéressés à des études de femmes provenant de tradition judéo-chrétienne venant de différents pays dont, notamment, Silvia Regina De Lima, professeure à l'Université biblique latino-américaine au Costa Rica et Mercedes Navarro Puerto, professeure de psychologie religieuse à l'Université de Salamanque en Espagne. Toutefois, plusieurs auteures dont nous nous sommes inspirés viennent du Canada, dont entre autres Monique Dumais et Marie-Andrée Roy qui ont fondé, avec Louise Melançon en 1976, la collective féministe chrétienne L'autre Parole. Cette collective a pour but de diffuser la pensée critique sur les femmes et la religion et de proposer des alternatives religieuses.

Brièvement, Marie-Andrée Roy, dans son texte « Les femmes, le féminisme et la religion », cerne bien le contexte dans lequel a émergé cette création de nouveaux symboles et rituels par les femmes. Elle nous explique comment les femmes n'ont eu accès à la formation universitaire en théologie qu'à partir des années 60, suite aux combats menés par certaines communautés religieuses féminines dans les années 50. Dans les années 80, les femmes sont même devenues majoritaires au sein de ces formations théologiques universitaires. Enfin, les pionnières dans le domaine de la théologie sont responsables de la mise sur pied des enseignements sur les femmes et les religions dans leur université, ainsi que du

développement des recherches féministes dans ce domaine au Québec et au Canada français. (ROY, 2001, p. 2-3).

Ces recherches féministes, dans le domaine de la théologie, avaient pour but principal de critiquer les attitudes patriarcales véhiculées dans la tradition judéo-chrétienne. Le théologien Patrick Snyder souligne également qu'une des grandes richesses du courant féministe, c'est qu'« on y propose, en prenant compte de l'expérience des femmes et leur égalité avec les hommes, une révision des catégories chrétiennes. » (SNYDER, 1999, p. 159). C'est justement là que nous voyons un des éléments clés de transformation de l'identité féminine, tant dans son rapport au sacré que dans la société. D'ailleurs, Louise Melançon et Marie Gratton l'affirment elles-mêmes: « En effet, voilà le plus grand changement : les femmes sont devenues sujet de la réflexion théologique, non seulement en ayant comme point de départ leurs propres réalités de femmes, mais aussi en ayant comme visée de nommer aussi bien leur rapport à l'humain qu'au divin. Ce passage sans précédent de la femme-objet à la femme-sujet s'est fait d'abord en réaction à la réflexion sur la femme, sa nature, sa vocation, sa destinée. » (cité dans SNYDER, 1999, p. 160). Cette transformation sera au cœur du présent article, puisque nous croyons que c'est de là que les femmes en arrivent à proposer une voie de guérison pour leurs souffrances personnelles et sociales, ainsi que celles d'autres groupes dans la société, voire de la société dans son ensemble.

L'esprit de création et de transformation est au cœur des spiritualités féministes. Toutefois, il est important de noter avant de commencer l'analyse de cette création féminine que, comme le souligne Élisabeth J. Lacelle qui a publié le premier collectif sur *La femme et la religion au Canada français*, les spiritualités féministes ne sont pas exclusives aux femmes et qu'il ne s'agit pas de spiritualité « féminine ». De plus, elles ne proposent pas un modèle féminin comme idéal humain. (J. LACELLE, 2003, p. 37). En effet, le but est de retrouver une origine spirituelle plus près des expériences féminines, mais il ne s'agit pas de remplacer l'ancienne lecture théologique patriarcale par cette nouvelle lecture féminine.

Ce qui est visé, c'est l'introduction de cette nouvelle lecture à l'ancienne afin de l'enrichir et de la compléter, voire évidemment de la transformer. C'est pourquoi, les spiritualités féministes touchent d'autres groupes et d'autres individus qu'uniquement les femmes au sens large. Nous avons donc divisé l'article en deux parties : la première étant liée à la révision de l'expérience des femmes par les spiritualités féministes, apportant notamment un nouveau

rapport au corps et la réhabilitation d'une identité féminine plurielle et, la seconde, étant liée à l'impact de ces transformations dans la sphère sociale.

Finalement, soulignons que l'émergence des spiritualités féministes s'est faite dans un contexte de prise de conscience, par les femmes, de leur identité et de leurs droits. Nous faisons ici référence au « mouvement des femmes » que Louise Melançon définit comme suit :

J'entends par « mouvement des femmes » ce phénomène sociologique qui, depuis les années 70 a pris forme du moins dans nos sociétés occidentales. Il s'agit, en somme, d'une prise de parole généralisée des femmes à partir de leurs expériences, de leur vécu et de leur avènement dans la vie publique par l'exercice de fonctions et de tâches habituellement réservées aux hommes. Ce phénomène sociologique est en réalité un mouvement culturel en ce qu'il s'accompagne, de la part des femmes elles-mêmes, d'une prise de conscience, de leur rôle dans la société et dans l'humanité. (MELANÇON, 1993, p. 60-61).

Cette prise de conscience s'est donc faite dans plusieurs autres domaines que celui de la théologie, tels que ceux de la santé et de la politique, par exemple. Il sera donc pertinent de faire ressortir le contexte spirituel et sanitaire actuel, dans lequel les spiritualités féministes se développent et dans lequel elles sont porteuses d'influences et en subissent elles-mêmes.

La pluralité de l'expérience d'être femme

Lorsque l'on parle de l'expérience des femmes dans le courant des spiritualités féministes, on ne veut surtout pas y inclure simplement des expériences liées au cycle menstruel, à la grossesse, aux soins des enfants, à la ménopause, etc. Justement, comme le mentionne Monique Dumais, que l'on parle d'une révision des catégories chrétiennes ou de création de nouveaux symboles et rituels : « C'est annoncer que tout le vécu des femmes a une signification entière [...]. C'est reconnaître son importance et lui donner des lieux d'expression. Le vécu des femmes représente une force personnelle et sociale qui a été maintenue dans des territoires délimités, resserrés autour de la famille, alors qu'il devrait irradier de toutes ses ardeurs. » (DUMAIS, 1989, p. 130). Toujours selon Monique Dumais, il y a eu une exaltation de la fonction maternelle dans le discours théologique chrétien. Les

femmes étaient orientées exclusivement vers la maternité, c'était leur nature. (DUMAIS, 1989, p.113).

Parmi l'effort des femmes dans la quête de nouveaux symboles et rituels, il y a notamment le retour de la déesse, comme symbole important dans l'intérêt de construire une symbolisation féminine des forces cosmiques, ainsi qu'une nouvelle façon de nommer « Dieue », afin de souligner qu'il n'est ni masculin ni féminin et, finalement, une autre façon de vivre la liturgie chrétienne qu'elles considèrent sexiste. En effet, Marie-Andrée Roy, dans l'ouvrage *Souffle de femmes. Lectures féministes de la religion*, souligne que : « [...] la liturgie chrétienne laisse nombre de femmes sur leur appétit spirituel [...] » (ROY, 1989, p. 169), et qu'elles ressentent donc « [...] la nécessité d'explorer des mots, des signes pour mieux dire leur foi. » (ROY, 1989, p. 170). Enfin, ces efforts ont pour but principal de faire « réémerger » les femmes comme sujet du sacré, à l'aide de symboles, de représentations et de textes qui traduisent mieux leurs expériences.

Ce processus de création et de transformation peut être considéré comme un premier pas, vers la libération du vécu des femmes dans son ensemble. À cet effet, Ève Gaboury est une auteure s'étant intéressée particulièrement au processus de création comme l'apanage de tout être humain pour faire valoir d'autres points de vues, spécialement pour les groupes qui sont socialement « infériorisés ». C'est par l'analyse de différentes techniques utilisées dans le mouvement contemporain des sorcières⁸⁴, qu'elle constate comment la praxis religieuse de certains groupes de femmes contribue à stimuler cette créativité.

Une des techniques qu'emploient les sorcières est de créer de nouveaux rituels en s'improvisant prêtresses. Les sorcières donnent vie à leurs images intérieures grâce aux rituels qu'elles mettent en forme à l'aide de métaphores et de récits symbolisant leurs émotions et leurs désirs profonds. Selon Ève Gaboury : « Les rituels établissent ainsi une jonction entre les mondes du conscient et de l'inconscient en faisant taire la raison [...]. Peuvent alors émerger d'un tel contexte des images et des émotions profondes qui sont ramenées en surface et rendues visibles. Le rituel permet alors à la créativité d'éclore à partir de l'exploitation

⁸⁴ Ce mouvement contemporain se nomme également Wicca. La Wicca est une religion qui comporte plusieurs traditions mais, en règle générale, elle est polythéiste, holistique et vénère la nature. Les « sorcières féministes », tant qu'à elles, ont pour particularité de ne s'intéresser qu'aux formes féminines de la divinité, contrairement aux Wiccans qui vénèrent Dieux et Déeses.

simultanée d'éléments inconscients et conscients qui se retrouvent dans une sorte d'« espace potentiel ». » (GABOURY, 1995, p. 243).

Pour Mircea Eliade, historien des religions ayant écrit bon nombre d'ouvrages sur les images, les symboles, les rêves et la mythologie, la pensée symbolique fait partie de l'être humain, elle le constitue. Cette pensée précède le langage et la raison :

Le symbole révèle certains aspects de la réalité -les plus profonds- qui défient tout autre moyen de connaissance. Les images, les symboles, les mythes, ne sont pas des créations irresponsables de la psyché; ils répondent à une nécessité et remplissent une fonction : mettre à nu les plus secrètes modalités de l'être. Par suite, leur étude nous permet de mieux connaître l'homme, l'« homme tout court », celui qui n'a pas encore composé avec les conditions de l'histoire. (ELIADE, 1952, p. 13-14).

Par la création de nouveaux rituels, les femmes tentent justement de se sortir de l'histoire patriarcale dans laquelle l'image qui leur est accordée ne leur convient pas, ou dans laquelle elles ne se retrouvent pas. Mircea Eliade mentionne également que « [...] dans la mesure où l'homme dépasse son moment historique et donne libre cours à son désir de revivre les archétypes, il se réalise comme un être intégral, universel. » (ELIADE, 1952, p. 44). À notre avis, ceci rejoint encore une fois l'expérience des femmes en quête d'un rapport au divin plus près de leurs expériences. Elles deviennent sujet du sacré, donc un être intégral à part entière et non seulement objet.

Une autre technique qu'emploient les sorcières, est le recours à la déesse. D'autres auteures, dans le domaine des spiritualités féministes traitent de ce sujet, par exemple, Ginette Paris qui a publié un ouvrage sur *La renaissance d'Aphrodite* proposant une lecture archétypale de la déesse et Mary Condren qui s'est intéressée à la figure de Brigitte dans la théologie irlandaise, dans son article « Brigitte, forgeuse d'âmes pour le nouveau millénaire ». Enfin, les femmes ont besoin de modèles, d'une mythologie féminine avec ses héroïnes. Elles en ont besoin pour recréer un rapport au divin à leur image, une image qui diffère de celle qui a été véhiculée dans l'histoire patriarcale. Afin de développer une spiritualité qui leur est propre, ce retour aux origines est fondamental. Mircea Eliade illustre bien que, dans les sociétés dites « archaïques », le fait d'imiter ou de raconter les aventures de héros mythiques permet de se

« détacher du temps profane » et de rejoindre magiquement « le Grand temps, le temps sacré ». (ELIADE, 1957, p. 22).

Mircea Eliade dira également que : « [...] le mythe n'est pas une création puérile et aberrante de l'humanité « primitive », mais l'expression d'un *mode d'être dans le monde*, [...]. » En parlant de l'Homme moderne, il enchaînera en disant qu'il est en « quête d'un nouveau mythe, qui seul lui permettra de retrouver une nouvelle source spirituelle et lui rendra les forces créatrices. » (ELIADE, 1957, p. 23). Ceci rejoint l'analyse d'Ève Gaboury, où les forces créatrices deviennent la possibilité pour les femmes d'exprimer leur spiritualité en « obligeant à décentraliser les sources d'informations et à relativiser les sources de connaissances. » (GABOURY, 1995, p. 245).

Ce processus de création peut être clairement perçu comme une voie de guérison pour les femmes, il est fondamental. Les femmes découvrent un être intégral et retrouvent une identité qui fait sens, elles deviennent sujet de l'expérience spirituelle. Le retour aux origines par la relecture des textes bibliques, la révision des catégories chrétiennes, ainsi que la création de nouveaux symboles et rituels est un premier processus de guérison chez les femmes. Ce processus de création est inhérent à l'être humain selon Ève Gaboury et peut être développé et stimulé. Cette création permet aux femmes de faire valoir leurs valeurs et d'amener d'autres points de vue sur l'expérience des femmes. Le vécu féminin peut maintenant être perçu et vécu de façon différente, par rapport à la vision patriarcale qui restreignait l'expérience féminine à celle de la maternité.

De plus, dans ce processus engendré par les femmes, nous voyons apparaître une vision du corps féminin qui diverge littéralement de la vision patriarcale. Les femmes se réapproprient leur corps. Comme nous le verrons plus loin, ceci va de pair avec le mouvement pour la santé des femmes.

Révision de la dualité corps et esprit

Plusieurs textes portant sur les spiritualités féministes traitent de la vision du corps dans les textes bibliques et de la dualité corps et esprit qui y est très explicite. Le texte de Naomi

Goldenberg : « La rage au corps. Un essai sur le féminisme, la religion et la psychanalyse », est particulièrement intéressant sur ce point. Nous y verrons comment les femmes proposent une vision positive de la relation au corps.

Selon Naomi Goldenberg : « Depuis plusieurs années, la théorie féministe appliquée à diverses disciplines a souligné l'insuffisance du concept traditionnel de corps dans la pensée occidentale. L'argument fondamental invoqué par les féministes a été qu'il faut accorder plus de valeur au monde physique en général, et à l'aspect corporel de la personne humaine en particulier, si l'on veut améliorer la condition des femmes [...]. » (GOLDENBERG, 1989, p. 150). Cette idée vient certainement du fait que les femmes aient été principalement associées, notamment dans la tradition catholique, au corps et les hommes à l'esprit.

Cette dualité a eu une signification profonde sur la perception des femmes en ce qui concerne leurs expériences et leurs vécus dans la société, puisque évidemment une dualité est en lien à une chaîne duelle, telle que bas et haut, inférieur et supérieur, etc. Naomi Goldenberg dira :

Des années de recherche sur les femmes dans l'histoire chrétienne ont expliqué dans le détail les thèmes fondamentaux du mépris pour la réalité corporelle des femmes. Les femmes ont été perçues comme matérialistes, tentatrices, voraces, insignifiantes et lascives. Elles distraient supposément les hommes de la contemplation spirituelle en leur inspirant des convoitises sensuelles. Mais pourquoi la sensualité serait-elle une telle menace à la réflexion sur Dieu? (GOLDENBERG, 1989, p. 158). En continuant sa réflexion, elle répondra un peu plus loin : « [...] parce que la colère qu'on imagine résider dans le corps constitue une menace aux représentations d'un Dieu cent pour cent bon. » (GOLDENBERG, 1989, p. 159).

En effet, on associe facilement le corps à l'imperfection, à la mort, aux limites de l'être humain. À l'opposé, l'homme est appelé à la transcendance, il est associé à l'esprit et à la dissociation d'avec le corps et la réalité incarnée. Les hommes ne veulent pas appartenir à la catégorie du corps et de ses sensations considérées comme perverses. « La théologie traditionnelle meurt d'envie de cette condition d'insensibilité et l'appelle « transcendance ». Le vœu de transcender est le souhait de se sentir débranché du corps, du temps et des relations explicites de la vie. L'imagination mâle a envisagé le salut transcendant dans le sens du haut, du dehors, de l'au-delà. Les hommes ont appelé cet état espéré de dissociation, la réalité ultime. » (GOLDENBERG, 1989, p. 163).

Enfin, la révision de cette dualité amène les femmes à se rapprocher de l'expérience incarnée et d'en faire même un « processus d'amélioration de l'humanité ». Comme nous le verrons dans la deuxième partie, la fin des dualités corps et négativité, ainsi qu'esprit et positivité, apporte très certainement des changements au niveau social dans son ensemble. D'ailleurs, Naomi Goldenberg mentionne bien que : « Nous ne pouvons pas apprendre à cesser de détester les femmes sans apprendre à arrêter de haïr la chair humaine. » (GOLDENBERG, 1989, p. 166). Nous verrons donc apparaître une valorisation de l'expérience incarnée dans le vécu spirituel de l'ensemble de la société. Mais avant de traiter des répercussions sociales de ces transformations, soulignons comment, d'abord, elles permettent aux femmes de se réapproprier leur corps.

Un nouveau rapport au corps

Dans le domaine de la santé, une des luttes premières à la base du mouvement pour la santé des femmes concerne la réappropriation de leur corps. Une part de cette réappropriation, faite par les femmes, a débuté suite aux transformations globales amenées par la deuxième guerre mondiale, dans l'organisation sociale des pays occidentaux. En effet, selon l'anthropologue Francine Saillant, on parle alors d'une baisse de la fécondité, d'urbanisation et de l'ouverture au marché du travail salarié pour les femmes, entre autres. De plus, la recherche scientifique fait plusieurs avancées dans le domaine médical comme la découverte de moyens contraceptifs chimiques. Dans cette période, les femmes sont amenées à analyser leur rôle de mère différemment. (SAILLANT, 1985, p. 746). Ce rôle ne serait plus déterminé biologiquement et donc « naturel » par essence, mais bien construit culturellement et socialement.

Tout comme les théologiennes s'inscrivant dans la lignée des spiritualités féministes, le mouvement pour la santé des femmes remet en cause le modèle féminin exclusivement maternel, comme le mentionne Francine Saillant : « Le mouvement pour la santé des femmes s'inscrit donc aussi en rupture radicale de la tradition : le corps féminin n'est plus un lieu sacré et sanctifié, symbole de fécondité et source unique de valorisation, mais bien aussi le lieu d'une aliénation, sinon son symbole ultime, et dans cet esprit, c'est ce corps qu'il faudra libérer pour sortir de l'asservissement. » (SAILLANT, 1985, p. 746). Dans les années 60, la

philosophie féministe considère déjà la question du corps comme primordiale. Pour emprunter les termes de Diane Lamoureux, philosophe politique, le corps devient un « territoire à libérer » et une source majeure d'autonomie pour les femmes (LAMOUREUX, 2007, p. 384).

Cette autonomie s'inscrit principalement dans l'abolition de ce que les femmes considèrent être des « lieux d'oppression » à leur égard et les thématiques soulevées par le féminisme des années 70, selon Diane Lamoureux, se situent majoritairement autour d'enjeux corporels : « Corps violé, objet de toutes les convoitises. Corps harcelé, soumis aux regards et à l'évaluation des hommes, soupesé, tripoté. [...] Bref, un corps soumis, n'existant principalement que pour autrui, une surface sacrificielle. » (LAMOUREUX, 2007, p. 384). Ce qui est particulièrement recherché par les femmes, comme nous l'avons mentionné, c'est une réappropriation du contrôle de son corps car, comme le dit Monique Dumais : « [...] les hommes qu'ils soient médecins, prêtres, législateurs, s'étaient approprié le corps des femmes, par la gérance qu'ils y exerçaient par toutes leurs formes de prescriptions. » (DUMAIS, 1989, p. 126). Dans le domaine de la santé, les femmes représentent une des populations les plus médicalisées et touchées par le système de soins. Encore une fois, selon Francine Saillant, la fécondité justifie bons nombres d'interventions médicales dans plusieurs domaines : contraception, approches interventionnistes de l'accouchement, contrôle hormonal de la ménopause, etc. De plus, les domaines des maladies mentales et des chirurgies esthétiques sont des domaines où la médicalisation croissante de la vie des femmes a pu être clairement observée. (SAILLANT, 1985, p. 747).

Dans le cadre du mouvement pour la santé des femmes, les femmes cherchent particulièrement à aller de la démedicalisation vers l'auto-santé, afin de remettre en question les rapports de pouvoir dans toutes les institutions de soins et de se réapproprier leur corps. Francine Saillant l'exprime bien : « L'appropriation du corps et l'autonomie en matière de santé devraient alors se substituer à la dépendance vis-à-vis des professionnels. Cela ne signifie pas l'évacuation complète des services prodigués par des professionnels, médicaux ou para-médicaux, mais la restructuration des rapports sociaux (de nature politique, cognitive, symbolique, institutionnelle et aussi économique) régissant la relation soignant/soigné(e). » (SAILLANT, 1985, p. 757). Parmi les préoccupations des femmes dans le mouvement pour la santé des femmes, on cherche alors à promouvoir des ressources autres que médicales, afin d'augmenter les possibilités de choix dans les thérapies, ainsi que de développer des mécanismes d'interventions autonomes par les femmes. Ce qui rejoint une fois de plus les

spiritualités féministes dans leur processus de création et de transformation. Nous pourrions dire que les femmes tentent de créer de nouveaux rituels vis-à-vis de leur prise en charge, par rapport à leur santé.

Finalement, l'émergence d'une vision positive du corps est une création majeure qui amène les femmes à s'épanouir sur plusieurs plans dont, notamment, les plans psychologique, social, affectif, intellectuel, politique et spirituel. Cet apport est incontestable en ce qui concerne la santé globale des femmes. Sylvia Regina De Lima parle de la liturgie féministe comme d'une récupération du corps par les femmes et mentionne clairement que: « Dans les rituels, on apprend à écouter le corps dans sa totalité et à entrer en communion avec lui. Ce sont des occasions thérapeutiques pour laisser échapper les cris qu'on avait étouffés, les paroles tues, les désirs non manifestés et, de cette manière, de faire des démarches de paix et de récupération de la santé. » (REGINA DE LIMA, 2000, p. 136).

Toutefois, il ne faut pas oublier que les femmes ne peuvent se libérer instantanément du processus de conditionnement historique patriarcal, les ayant confinées au rôle maternel et ayant fait de leurs expériences des expériences négatives ou inférieures. Enfin, retrouver une identité qui fait sens est un réel cheminement pour les femmes.

Identité et réhabilitation

Le cheminement identitaire des femmes est très important dans le processus de guérison globale de celles-ci, à notre avis, puisqu'il va de pair avec le processus d'autonomie qu'elles ont entamé. Autonomie qui passe d'abord par une libération de leur corps qui, n'étant plus sous le joug des représentations négatives ou confiné à la maternité, peut laisser place à une expérience féminine plurielle où les femmes s'affirment comme sujet, définissant elles-mêmes les limites de leur être et de leurs expériences. Maintenant, elles doivent donc retrouver une identité qui fait sens avec ce nouveau vécu féminin, ces nouvelles expériences. Afin d'illustrer ce point, nous nous servirons de l'article de Diann Neu concernant la « thérapie/direction spirituelle féministe », ainsi que de l'essai d'Arnold Van Gennep sur les rites de passages et leur importance sur le cheminement identitaire des individus.

D'abord, Diann Neu est une thérapeute qui est également formée en direction spirituelle et si elle a souhaité avoir ces deux formations c'est parce qu'elle percevait, particulièrement chez les femmes, leur besoin en ce sens : « De nombreuses femmes comprennent leur personnalité psycho-socio-spirituelle comme un tout intégral. Dans leur quête de plénitude et de sagesse, elles désirent travailler avec une conseillère capable de connaître à la fois la spiritualité et la psychothérapie et qui soit attentive au psychisme féminin et à l'esprit féminin. » (NEU, 2000, p. 50). En fait, cette forme de thérapie aide les femmes à « reprendre sens d'elles-mêmes » (NEU, 2000, p. 51). Diann Neu fait face à des cas où les femmes sont vis-à-vis des difficultés d'ordres psychologique, spirituel et éthique. Souvent, elles ne peuvent se tourner vers leur tradition religieuse puisqu'elle est partie intégrante du problème, par exemple, une des femmes traitée par Diann Neu, était une ministre lesbienne dans une Église et se questionnait sur sa vocation.

Cette forme de thérapie a pour fonction d'aider les femmes (et les hommes) à prendre conscience de la réalité et des effets du système patriarcal dans son ensemble. Comme nous l'avons déjà mentionné, les femmes ne peuvent se libérer si facilement du conditionnement historique patriarcal qui les a influencées tout au long de leur vie, c'est pourquoi cette forme de thérapie aide les femmes à prendre d'abord conscience de ce conditionnement, pour s'en libérer éventuellement. Comme le dit Diann Neu : « Nous connaissons les effets psychologiques de l'oppression et nous facilitons et soutenons les changements chez les femmes pour qu'elles s'éprouvent elles-mêmes comme pleinement humaines : réintégrer ce qui a été soumis à dichotomie, réhabiliter ce qui a été marginalisé et outragé, libérer ce qui avait été injustement chargé. » (NEU, 2000, p. 52).

Enfin, comme le démontre Mercedes Navarro Puerto: « Les femmes éprouvent paradoxalement, la peur de leur propre pouvoir. Quand elles s'éveillent à la vie et comprennent ce qu'elle peut leur donner, elles sont déconcertées et, dans de nombreux cas, apparaissent des symptômes psychosomatiques qui expriment l'anxiété que cela produit. Elles ne maîtrisent tout simplement pas cette situation. » (NAVARRO PUERTO, 2000, p. 70). La thérapie/direction spirituelle permet aux femmes de retrouver la valeur de leur pouvoir, de reprendre la maîtrise de leur situation et donc un contrôle sur leur existence. Ce processus, que l'on nomme « empowerment » en anglais, est très important pour la réhabilitation et le recouvrement à la santé. Il permet au sujet d'être valorisé et de renforcer son estime de lui-même. On le voit souvent apparaître dans le processus de guérison de différents malades qui

sentent le besoin de retrouver un contrôle de la situation, en tentant de voir comment ils peuvent agir eux-mêmes sur leur propre maladie et non seulement se laisser entre les mains des différents spécialistes de la santé. Les spiritualités féministes aident cette prise de conscience chez certaines femmes et certains hommes, ce que nous pouvons définir comme un autre lieu de guérison.

Maintenant, afin d'approfondir la notion de cheminement identitaire, nous aimerions exposer la théorie d'Arnold van Gennep, au sujet de l'importance des rites de passages sur l'identité des individus. Lorsque l'on parle d'une réhabilitation de soi et d'une affirmation de soi, il y a souvent au plus profond une quête identitaire et un moment de transition et de transformation. Diann Neu aide les femmes à vivre cette transition et à trouver une identité en relation avec leurs expériences, leur vécu personnel. Ce qui est exactement le but des spiritualités féministes, donner un sens nouveau à l'expérience des femmes, retrouver une identité plus près de leurs expériences.

Pour Arnold van Gennep, chaque société est séparée en différents groupes d'individus ayant chacun un territoire propre au sein de celle-ci. Les principaux lieux de différenciation entre les individus sont ceux du sexe (être homme ou femme) et la séparation entre ce qui appartient au profane et ce qui appartient au sacré. Nous pourrions dire ici que les femmes, jusqu'à il n'y a pas si longtemps, étaient associées au profane et les hommes au sacré. Si les rites de passages existent, que ce soit un rituel lié au mariage, au passage à l'âge adulte ou autres, c'est pour permettre aux individus de changer de catégorie sociale et d'accéder à d'autres « territoires », un passage d'une position sociale à une autre.

Brièvement, Arnold van Gennep explique qu'il y a trois étapes pour le déroulement des rites de passages : la séparation (l'individu est isolé du groupe), la marge ou liminalité (moment où s'effectue l'efficacité du rituel) et l'agrégation (retour dans le groupe). Il dira: « For groups, as well as for individuals, life itself means to separate and to be reunited, to change form and condition, to die and to be reborn. It is to act and to cease, to wait and rest, and then to begin acting again, but in different way. » (VAN GENNEP, 1960, p. 189).

Nous pourrions dire que les femmes ont été séparées de la sphère du sacré dans les traditions théologique et historique patriarcales, où elles étaient confinées au rôle de la maternité, associées au corps et au domaine profane. Elles étaient isolées par rapport aux groupes ayant

accès au domaine du sacré. Elles ont donc tenté, entre autres, par la création de nouveaux rituels et une relecture des catégories théologiques, de trouver leur place dans cette sphère du sacré et ainsi d'en arriver à transformer ces catégories. Ces femmes ont été et sont probablement encore aujourd'hui en marge par rapport aux catégories instituées dans notre société. Toutefois, si l'efficacité du rituel a bien lieu lors de cette deuxième étape, exposée par Arnold van Gennep, viendra la troisième étape : l'agrégation (le retour dans le groupe).

Dans les thérapies prodiguées par Diann Neu, ce n'est pas seulement la capacité d'une transformation personnelle qui est valorisée, mais également une transformation sociale. Le retour dans le groupe est une étape importante dans ce cheminement thérapeutique où, comme le dit Diann Neu : « Il y a nécessité de reconstruire une communauté, de transformer les relations qui nourrissent la violence et causent la rupture, et de travailler à la justice pour tous. » (NEU, 2000, p. 61). La transgression profonde de certaines catégories sociales qu'amènent les spiritualités féministes, entraîne certainement, par le fait même, une transformation de la communauté. Et, comme nous le verrons dans la deuxième partie, ces transformations peuvent devenir des lieux de guérison pour la société dans son ensemble.

L'impact dans la sphère sociale

Par l'entremise des spiritualités féministes, on voit donc émerger une identité qui fait sens pour les femmes, ainsi qu'une spiritualité qui leur est propre, où elles agissent comme sujet. De cette transformation découle un engagement de lutte pour la vie dans son ensemble, comme le dit Silvia Regina De Lima : « Cela signifie changer la vie séquestrée par le patriarcalisme et devenir co-créatrices d'une nouvelle humanité. » (REGINA DE LIMA, 2000, p. 132). La transformation personnelle des femmes entraîne donc inévitablement une transformation communautaire.

À notre avis, de cette transformation découle un changement primordial qui est celui de la perception du corps. Comme nous l'avons vu, les femmes en viennent à faire tomber l'ancienne dualité corps et esprit telle que véhiculée dans la tradition chrétienne. Le corps, qui était associé aux femmes, au profane et à la négativité par la perversité des sensations qu'il

inspirait, peut maintenant devenir source de sacré. Les femmes contribuent à créer un nouvel espace d'expression du sacré, incluant le corps qui avait été jusqu'ici profané.

Cette inclusion permet une chose très importante pour la santé de la population dans son ensemble : la valorisation de l'expérience incarnée. Carol Christ, qui milite activement dans les mouvements féministes, pacifiques et écologiques, expose la pensée de Simone De Beauvoir à cet effet: « De Beauvoir croyait que la lutte pour changer les structures d'oppression, sociales ou autres, doit s'inscrire dans une appréhension préalable de la valeur de la vie incarnée. Si nous n'*aimons pas la vie*, nous n'avons rien sur quoi fonder notre éthique. La vie doit être aimée pour elle-même et à travers les autres. Cela fonde l'amour de la vie dans le corps et dans la relation aux autres humains. » (CHRIST, 2000, p. 100).

Par l'entremise de cette révision des catégories de la tradition chrétienne ainsi que des textes sacrés, les femmes en arrivent à la création d'un modèle de « Sagesse » différent. Mercedes Navarro Puerto expose le poème de l' « Éloge de la Sagesse » dans la bible Sg 6, 16-22, où il y est dit de la « Sagesse » qu' « [...] elle passe par les chemins sans s'imposer, [...] se faisant disponible pour qui la cherche. » La « Sagesse » est donc accessible à tous, sans s'imposer, les femmes ne veulent faire de leur spiritualité une sagesse instituée et dogmatique réservée à certains élus. Enfin : « Cette sagesse ne s'oriente certainement pas vers la conservation, comme on la définissait autrefois, mais vers la création. » (NAVARRO PUERTO, 2000, p. 65). C'est une sagesse en constante mouvance qui est appelée à se transformer et à inclure la différence. C'est une sagesse holistique qui accepte l'être dans son ensemble et non qu'un certain nombre de ces dimensions, érigées au titre de qualités absolues. « Le corps n'est plus incompatible avec l'expérience religieuse » (NAVARRO PUERTO, 2000, p. 66-67).

Silvia Regina De Lima présente explicitement l'idée que le corps revalorisé des femmes devient le lieu d'un corps revalorisé socialement : « Le corps est le lieu où nous faisons l'expérience du monde. Pour les féministes, le corps a cessé d'être une catégorie individuelle pour devenir une catégorie sociale, avec des dimensions politiques. Les injustices sociales, les souffrances provoquées par le péché du sexisme, du racisme, du classisme sont une négation de la dignité des corps. » (REGINA DE LIMA, 2000, p. 135). La sagesse, élaborée dans le cadre des spiritualités féministes, ouvre l'accès à la « Connaissance » et valorise la diversité des expériences. De plus, l'importance qui est accordée à l'expérience incarnée, dans l'approche des spiritualités féministes, fait tomber une autre dualité qui peut être percutante

dans la construction sociale de notre vision du bien-être et de la santé : celle de la vie et de la mort, du côté lumineux et du côté sombre.

Enfin, les théologiennes féministes ne cherchent pas un paradis ou une vie éternelle qui soit supérieur à l'expérience vécue ici et maintenant. Elles veulent promouvoir un monde plus juste, qui inclut davantage qu'il n'exclut. D'ailleurs, leur esprit holistique permet la prise de conscience que le bonheur et le bien-être de l'autre font partie de mon propre bonheur et participe à mon bien-être. Leur apport à la santé globale de la population devient évident, particulièrement dans un contexte où le bien-être individuel semble plus valorisé que le bien-être communautaire.

Pour une nouvelle compréhension du bien-être et de la santé

Actuellement, particulièrement dans les sociétés occidentales, le bonheur est devenu un idéal à atteindre, voire une norme qui fait entrer tous ceux qui n'y souscrivent pas dans l'échec. Pour Dominique Jacquemin, infirmier et prêtre entre autres, dans son livre: *Bioéthique, médecine et souffrance. Jalons pour une théologie de l'échec*, la réalité de la mort et de la souffrance n'est pas visible ou est plutôt cachée dans nos sociétés et alors « l'image actuelle de l'homme n'est pas celle de « celui qui doit mourir » mais de « celui qui doit vivre », réussir, se développer, échapper sans cesse à la maladie. » (JACQUEMIN, 2002, p. 16). Pour le philosophe Gilles Lipovetsky, dans son essai sur la société d'hyperconsommation : *Le bonheur paradoxal*, le capitalisme de consommation amène « une conquête du bonheur dans la technique », une vision du bonheur comme « jouissance immédiate », et : « Non plus la promesse d'un salut terrestre à venir, mais le bonheur tout de suite, délesté de l'idée de ruse de la raison et de la positivité du négatif. » (LIPOVETSKY, 2006, p. 305).

Nous pourrions dire que cette idée où l'on ne croit plus en un « salut terrestre à venir », ressemble à l'idée des théologiennes féministes qui parlent de valorisation de l'expérience incarnée ici et maintenant et non dans un paradis futur et, surtout, ailleurs. Toutefois, la valorisation de l'expérience incarnée, pour les théologiennes féministes, signifie la valorisation de l'expérience humaine dans son ensemble et c'est là qu'il y a une grande différence. Il y a « positivité du négatif », l'expérience incarnée inclut le côté sombre: la mort,

la maladie et la souffrance, voire l'échec. Plusieurs théologiennes féministes sont claires sur ce point :

- La femme cherche à vivre pleinement et pour toujours, transgressant les limites et les normes qui, prétendument, préservent de la mort. La création (limitée par la mort), la connaissance, la sagesse et la vie ne sont possibles qu'à travers le paradoxe : vivre et mourir. La sagesse consiste à savoir créer et à savoir détruire; le neuf est impossible sans la mort du vieux. (NAVARRO PUERTO, 2000, p. 66).

- Dans les systèmes symboliques indoeuropéen et biblique, la lumière est le domaine de la puissance divine, tandis que les ténèbres sont celui du péché, de la maladie et de la mort. Dans le nouveau chant, les ténèbres et la lumière sont également valorisées comme des aspects du domaine ou du corps de la Déesse. L'implication est que la Déesse est avec nous dans les bons et les mauvais moments, dans la maladie et dans la santé, dans la mort comme dans la vie. (CHRIST, 2000, p. 102).

- La vie qui se présente dans la célébration liturgique est la vie concrète, où se mêlent joies, souffrances, luttes et rêves. De cette manière, la liturgie est une occasion de regarder la vie telle qu'elle s'offre à nous, d'en reconnaître les limites et contradictions. (REGINA DE LIMA, 2000, p. 133).

La valorisation de l'expérience incarnée, dans son ensemble, pourrait amener un vécu de la maladie différent que ce qui est de mise actuellement, ainsi que venir changer les représentations sociales de la santé, du bien-être et du bonheur. Dominique Jacquemin nous explique bien comment, dans un tel contexte de bonheur idéalisé, l'individu malade devient anormal vis-à-vis de cette image forte de réussite sociale, s'inscrivant dans des normes matérielles, physiques et psychologiques. Enfin, l'auteur dira : « Dans un tel contexte, il est aisé de comprendre combien le « poids du malheur » - compris comme opposition existentielle au bonheur possible et promis universellement - risque de marquer de plus en plus d'humains du stigmate de l'échec en disqualifiant de par le fait même la trame singulière de leur existence. » (JACQUEMIN, 2002, p. 43-44). Ce qui n'est pas rien, exclure la souffrance de l'expérience humaine en vient à marginaliser la majorité de la population. Ceci devient absurde, tout en passant à côté du but visé qui est de rendre plus de gens heureux. La négation de la souffrance ne fait que la rendre plus présente. L'illusion de son inexistence nous désarme peut-être davantage face au malheur.

Maintenant, ce n'est peut-être pas pour rien qu'actuellement nous voyons apparaître une intensification de la quête spirituelle chez une majorité d'individus. Si nous reprenons les propos de Mircea Eliade « l'homme moderne est en quête d'un nouveau mythe ». On assiste

donc à un engouement pour les religions orientalistes, le Dalaï Lama, la méditation, le yoga et autres, mais comme le dit Marie-Andrée Roy dans la *Gazette des femmes*: « [...] les gens veulent parvenir en quelques sessions de méditation à l'harmonie et à l'extase. » (ROY, 2002, p. 27). Ce qui fait également dire à Gilles Lipovetsky que: « [...] désormais même la sagesse fonctionne comme un « produit de salut à efficacité immédiate ». Centrée sur l'immédiateté et l'émotionnel, la sagesse qui vient est une sagesse *light* en concordance parfaite avec l'hyperconsommateur expérientiel : c'est moins à une « révolution spirituelle » que nous avons affaire qu'à l'une des figures de la consommation-monde. » (LIPOVETSKY, 2006, p. 319). Il dira également : « Sous l'étiquette des sagesse anciennes, c'est la quête individualiste du bonheur mondain qui se prolonge. » (LIPOVETSKY, 2006, p. 319).

D'ailleurs, dans le cadre des spiritualités *light*, telles qu'exposées par Lipovetsky, on axe particulièrement sur l'expérience intérieure et personnelle, où l'idée qui est souvent véhiculée est que si nous apprenons à maîtriser notre conscience nous serons en pleine santé. Le bonheur serait donc entre nos mains. Actuellement, nous avons effectivement affaire en grande partie à des démarches spirituelles individuelles, comme le souligne également Marie-Andrée Roy dans la *Gazette des femmes*. Enfin, les spiritualités féministes nous ont montré qu'elles se distancient de cette idéologie du bonheur de deux façons : d'abord, toute démarche thérapeutique individuelle se fait dans le but éventuel de rendre à la communauté et d'améliorer celle-ci, afin particulièrement d'y apporter plus de justice sociale, ensuite, la valorisation de l'expérience incarnée entraîne une acceptation de la souffrance comme partie intégrante de l'expérience humaine.

Toutefois, les spiritualités féministes doivent se garder de tomber dans cet engouement spirituel. Ivone Gebara, faisant partie de la congrégation des Sœurs de Notre-Dame, vit dans le Nordeste brésilien. Elle travaille dans des mouvements de femmes, issus principalement des milieux populaires. La souffrance et la lutte pour la survie font partie de son quotidien, plusieurs sœurs résistant aux pouvoirs institués ont également été assassinées. Dans ce contexte, elle en arrive à une conclusion percutante, portant à réfléchir : « [...] parfois nous devrions davantage faire silence, chercher parfois moins de « spiritualités » pour que les valeurs qui, de fait, sont vitales, puissent émerger dans nos vies. Je crains que notre anxiété de racheter une spiritualité féministe soit viciée par tant d'événements destructeurs de nos corps et de nos cultures que nous soyons incapables de toucher, de fait, aux racines humaines qui soutiennent toute notre existence. » (GEBARA, 2000, p. 46).

Ivone Gebara nous propose « une sorte de « retraite » du bavardage théologique », ce qui nous permettrait de ressentir profondément ce qu'est l'expérience humaine et de l'accepter pour ce qu'elle est. Comme le dit Lipovetsky, en accordant plus de pouvoir à la conscience qu'aux états vécus, nous en sommes venus à croire que le bonheur dépendait exclusivement de nous et qu'il était maîtrisable, mais : « Le projet de puissance illimité des Modernes touche manifestement ici à ses limites : le bonheur ne progresse pas, il échappe obstinément à la maîtrise des hommes. [...] le bonheur est l'immaîtrisable. » (LIPOVETSKY, 2006, p. 322). Tout comme la santé peut être immaîtrisable. Plus de technologies n'entraînent pas nécessairement plus de santé. Un humain n'échappe pas à sa condition et si la quête spirituelle actuelle ne fait qu'accroître le gouffre de cette illusion de contrôle de ce qui appartient à l'immaîtrisable, nous avons peut-être besoin de silence.

CONCLUSION

En conclusion, nous croyons avoir démontré que les spiritualités féministes participent indéniablement au construit de ce que constitue la santé au sein de nos sociétés occidentales. Indéniable, également, le fait que les spiritualités féministes deviennent des lieux de guérison importants, tant pour les femmes que pour la société dans son ensemble.

Premièrement, les femmes transgressent l'ancienne catégorie sociale entre le sacré et le profane, ce qui leur permet de retrouver une relation au divin en accord avec leurs différents vécus de femmes, elles deviennent sujet du sacré. C'est particulièrement l'avènement d'une image positive du corps qui leur permet cette transgression, leur corps n'est plus sous le joug des représentations négatives ou confiné à la maternité et, donc, écarté de la sphère du sacré. Cette libération laisse place à une expérience féminine plurielle, qui peut maintenant être incluse et valorisée au sein de la société.

Deuxièmement, cette transformation majeure est également liée à la création d'une sagesse nouvelle qui nous permet, en tant que société, de réfléchir sur les notions de souffrance et de bonheur. La valorisation du corps des femmes devient le symbole d'une expérience incarnée porteuse de divinité. Elle contribue à libérer d'autres groupes, au sein de notre société, pouvant être victimes d'oppression ou de marginalisation. La souffrance et la mort font partie

de l'expérience humaine et constituent, par le fait même, l'expérience incarnée, qui est privilégiée par rapport à un paradis extérieur à l'existence. Finalement, ce que l'on entend par bonheur, au sein des sociétés occidentales, pourrait être repensé avec l'inclusion de l'autre comme partie intégrante de mon bonheur, mais également avec l'acceptation de la souffrance comme essentielle à notre vécu et pouvant être porteuse de positivité.

Références bibliographiques

Christ, Carol, (2000). « « Si nous n'aimons pas la vie ». Spiritualité et éthique dans le nouveau millénaire », *Concilium*, N° 288, Paris, Beauchesne, pp. 99-106.

Dumais, Monique, (1989). « D'une morale imposée, à une éthique autodéterminée », dans Dumais, Monique et Roy, Marie-Andrée (dir.), *Souffles de femmes. Lectures féministes de la religion*, Montréal, Éditions Paulines et Médiaspaul, pp. 109-134.

Eliade, Mircea, (1952). *Images et symboles*, Paris, Gallimard.

Eliade, Mircea, (1957). *Mythes, rêves et mystère*, Paris, Gallimard.

Gaboury, Ève, (1995). « Ou, à défaut, invente. La sorcellerie néo-païenne comme lieu d'épanouissement du processus créateur gynocentrique », dans Veillette, Denise (dir.), *Femmes et religions*, Coll. « Études sur les femmes et la religion/Studies in Women in Religion », N° 1, Québec, Corporation canadienne des sciences religieuses/ Canadian Corporation for Studies in Religion, Les Presses de l'Université Laval, pp. 237-245.

Gebara, Ivone, (2000). « Spiritualité féministe, risqué et résistance », *Concilium*, N° 288, Paris, Beauchesne, pp. 37-47.

Goldenberg, Naomi, (1989). « La rage au corps. Un essai sur le féminisme, la religion et la psychanalyse », dans Dumais, Monique et Roy, Marie-Andrée (dir.), *Souffles de femmes. Lectures féministes de la religion*, Montréal, Éditions Paulines et Médiaspaul, pp.149-168.

Guénette, Françoise, (2002). « Et si Dieu existait? Pour une spiritualité féministe », *Gazette des femmes*, Vol. 24, N° 4, pp.26-31.

Herzlich, Claudine et Pierret, Janine, (1984, 1991). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Éditions Payot.

Jacquemin, Dominique, (2002). *Bioéthique, médecine et souffrance. Jalons pour une théologie de l'échec*, Montréal, Médiaspaul.

Lacelle, Élisabeth J. (2003). « La quête spirituelle chrétienne féministe. Traces pour une spiritualité humanisante », *Cahiers de spiritualités ignatienne*, N° 106, Québec, Canada, pp. 29-43.

Lamoureux, Diane, (2007). « Féminisme », dans Marzano, Michela (dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige/Puf, pp. 384-387.

Lipovetsky, Gilles, (2006). *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*, Paris, Gallimard.

MELANÇON, Louise, (1993). *L'avortement dans une société pluraliste*. Montréal, Éditions Paulines.

Navarro Puerto, Mercedes, (2000). « Nous, nous savons, nous pouvons. Sagesse et création dans l'expérience spirituelle des femmes », *Concilium*, N° 288, Paris, Beauchesne, pp. 63-72.

Neu, Diann, (2000). « Une voix de la Sophia-Sagesse : la thérapie/direction spirituelle féministe », *Concilium*, N° 288, Paris, Beauchesne, pp. 49-61.

Regina De Lima, Silvia, (2000). « Dans le mouvement de la sagesse. Rituels et liturgies de sagesse, recours spirituels dans la lutte pour la justice », *Concilium*, N° 288, Paris, Beauchesne, pp. 131-139.

Roy, Marie-Andrée, (2001). « Les femmes, le féminisme et la religion », dans Larouche, Jean-Marc et Ménard, Guy, (dir.), *L'étude de la religion au Québec. Bilan et prospective*, Québec, Presses de l'Université Laval, pp. 343-359.

Saillant, Francine, (1985). « Le mouvement pour la santé des femmes », dans Dufresne, Jacques, Dumont, Fernand et Martin, Yves (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Canada, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, pp.743-762.

Snyder, Patrick, (1999). *La femme selon Jean-Paul II*, Montréal, Fides.

Van Gennep, Arnold, (1960). *The rites of passage*, Traduction de M. B.Vizedom et G. L.Caffe, État-Unis, The University of Chicago Press.

ANNEXE V

La santé comme valeur

Dongois, Michel. **Actualité Médicale** 32. 14 (Sep 7, 2011): 30-31.

L'OBSSESSION DE LA SANTÉ PARFAITE¹ EST-ELLE EN TRAIN D'ABÎMER CERTAINES PERSONNES ? PARFOIS OUI, RÉPOND SARA DELISLE, DOCTORANTE À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. ELLE MÈNE UNE RECHERCHE DE TERRAIN AUPRÈS DE PERSONNES BIEN PORTANTES, AFIN DE MIEUX COMPRENDRE LEUR RAPPORT À LA SANTÉ. POUR BEAUCOUP D'ENTRE ELLES, DIT-ELLE, LE CULTES DE LA SANTÉ PARFAITE APPORTE SON LOT DE STRESS ET DE PRÉOCCUPATIONS. ENTREVUE.

La responsabilité d'être en santé n'incombe-t-elle pas d'abord à l'individu ?

Oui, et agir là où l'on peut donner du pouvoir sur sa vie. Mais cela a aussi un coût, élevé chez certaines personnes, pour qui la recherche de la santé parfaite devient un poids.

J'ai rencontré des malades chroniques qui, acceptant leur état, vivaient dans un relatif état de bien-être mental. J'en ai interviewé d'autres, en parfaite santé, qui se préoccupaient tellement de le demeurer qu'ils en perdent toute sérénité.

Pourquoi la quête de la santé globale induit-elle, selon vous, toujours plus de pression ?

Parce qu'on y fait entrer de plus en plus d'éléments, au-delà du physique : émotions, psychologie, équilibre relationnel, etc. On vit ce paradoxe que, dans une société bien nantie, la santé devient un état de plus en plus difficile à atteindre, car on place la barre toujours plus haut en rajoutant toujours plus de critères.

La quête de la santé parfaite, ou de la guérison, peut alors virer en son contraire et devenir un sujet de préoccupation constante, pour ne pas dire une obsession. La prévention et la médecine prédictive, qui anticipe alors que la personne n'a aucun symptôme, sont parfois de bonnes illustrations de cette surenchère, bien qu'elles aient des effets positifs indéniables sur la santé de la population.

Pourquoi l'accent est-il mis à ce point sur la responsabilité individuelle ?

Si l'on ramène tant à soi, c'est parce qu'on sent que là, on a une emprise, alors que tout semble nous échapper par ailleurs (pollution, pesticides, alimentation trafiquée, etc.). On va spontanément vers ce que l'on peut soi-même contrôler, avec l'illusion de penser que tout

repose entre nos mains. Alors, on oublie les causes externes. Tout ne dépend pas que de nous pourtant, la santé globale dépasse notre seule histoire personnelle pour inclure des facteurs extérieurs, dont l'environnement.

Tout devient illusion de contrôle alors, selon vous...

En partie, oui. Bien manger, aller régulièrement au gym, c'est important, certes, mais si vous deviez vous conformer fidèlement à tout ce qu'on vous recommande pour être en santé, vous n'auriez plus le temps de vivre. Peut-être un jour établira-t-on d'ailleurs un lien, chez certaines personnes, entre dépression et injonction forcenée à devenir soi².

Si tout est de ma responsabilité, je n'ai aucune excuse à ne pas réussir sur toute la ligne. Or, un jour fatalement, on craque, car l'être humain est à la base un être de fragilité et de finitude. L'amour de la vie inclut tous les aspects de la vie, y compris ceux de la souffrance, de la mort, de l'échec.

Et les médecins dans tout ça ?

Ils sont pris comme les autres dans le carcan de la santé parfaite qui nous amène tous par exemple, plus ou moins consciemment, à juger une personne d'après son état de santé et ses habitudes de vie. On imagine difficilement aujourd'hui un médecin qui fume ou qui soit obèse. Souvent dépassé face aux besoins croissants des patients, le médecin ne peut plus être à lui seul garant de la santé qui, elle-même, dépasse largement le domaine de la médecine et le système de santé.

La santé est-elle devenue une nouvelle religion ?

Du moins, une nouvelle ligne de conduite. Dans un monde où il y a de moins en moins de repères, quêtes spirituelle et de santé sont de plus en plus reliées. Ce qui amène une nouvelle forme de vécu spirituel contemporain que j'appelle « la foi sans abri », où le cheminement personnel, central, inclut le désir impérieux d'être en santé. Là, il n'est pas question de renouer avec une religion quelconque qui guiderait notre conduite, mais bien de cheminer.

L'abri comme tel importe peu, ce qui compte, c'est la réalisation de soi et le cheminement.

La spiritualité peut toutefois aider à alléger la vie, à condition qu'elle ne devienne pas, elle-même, un nouveau lieu de performance à conquérir.

Comment garder un rapport sain à la santé ?

En évitant que la recherche de la santé n'entre dans un désir de consommation sans fin et de performance à tout prix. Aimer la vie, c'est aussi s'accorder des défaillances, tout n'est pas

obligé d'être parfait. L'incessant devoir de faire attention à tout est lourd à assumer, même s'il est vrai que la quête de la santé reste un fabuleux terrain d'expérience de transformation de soi, une façon de réaliser son plein potentiel. Tout le progrès médical repose d'ailleurs sur ce postulat.

Se poser des questions sur soi-même, se tenir en forme contribue, au-delà de notre bien-être, à améliorer aussi nos relations sociales. C'est l'équilibre, en fait, qu'il faut viser.

-SARA DELISLE

Références

1. Expression du penseur Ivan Illich (1926-2002).
2. Voir Alain Ehrenberg, La fatigue d'être soi (1998).

Copyright Rogers Publishing Limited Sep 7, 2011

BIBLIOGRAPHIE

AÏACH, Pierre. « L'irrésistible expansion du champ de la santé », dans SANNI YAYA, Hachimi (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Les Presses de L'Université Laval, 2009, p. 81-99.

AGAMBEN, Giorgio. *Qu'est-ce que le contemporain?*, Paris, Payot & Rivages, 2008, 43p.

ALBRECHT, Gary L., FITZPATRICK, Ray et SCRIMSHAW, Susan C. (ed.). *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, London, Thousand Oaks, New Delhi, SAGE Publications, 2000, 545p.

BALINT, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Coll. « Quadrige », No. 60, Paris, Presses Universitaires de France, 1960, 362p.

BARIL, Daniel et BAILLARGEON, Normand (dir.). *Heureux sans Dieu. Des incroyants, athées et agnostiques témoignent*, Montréal, VLB éditeur, 2009, 176p.

BASCH, Paul F. 1990. *Textbook of international health*, New York, Oxford University Press, 423p.

BASZANGER, Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, Vol. XXVII, 1986, p. 83-127.

BECK, Ulrich. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Coll. « Champs », Traduction de L. Bernardi, Aubier, Paris, Flammarion, [1986], 2001, 522p.

BÉLANGER, Geneviève. « La recherche biomédicale au Québec. Rester dans la course », *Découvrir*, Vol. 29, No. 1, 2008, p. 40-46.

BELLET, Maurice. « Reprendre goût à la vie, comment? », dans HOUZINAUX, Alain (dir.), *Aimer la vie*, Coll. « Question de vie », No. 21, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Les Éditions Ouvrières, 2005, p. 37-56.

BERGERON, Richard. *Re-naître à la spiritualité*, Montréal, Fides, 2002, 280p.

BIBBY, Réginalds W. *Restless Gods. The Renaissance of Religion in Canada*, Toronto, Novalis, 2004, 286p.

BIBBY, Réginalds W. *Fragmented Gods. The Poverty and Potential of Religion in Canada*, Toronto, Stoddart, [1987], 1990, 319p.

BIBEAU, Gilles. *Le Québec Transgénique: Science, Marché, Humanité*, Montréal, Boréal, 2004, 454p.

BLECH, Jörg. *Les inventeurs de maladies. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Traduction de I. Liber, Paris, Actes Sud, [2003], 2005, 282p.

BOITTE, Pierre. *Pour une éthique de la santé publique dans une société vieillissante*, Montréal, Fides, 1997, 54p.

BOSTROM, Nick. « In defense of Posthuman Dignity », *Bioethics*, Vol. 19, No. 3, 2005, p. 202-214.

BOSTROM, Nick. « Human Genetics Enhancements: A Transhumanist Perspective », *Journal of Value Inquiry*, Vol. 37, No. 4, 2003, p. 493-506.

BRUCKNER, Pascal. *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*, France, Grasset et Fasquelle, 2000, 281p.

BURY, Michael. « Chronic Illness as Biographical Disruption », *Sociology of Health and Illness*, Vol. IV, No. 2, 1982, p. 167-182.

BUTLER *et al.*, « Medically unexplained symptoms : the biopsychosocial model found wanting », *Journal of the Royal Society of medicine*, Vol. 97, No. 5, 2004, p. 219-222.

CADORÉ, Bruno. *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Coll. « Catalyses », Montréal, Fides, 1994, 204p.

CAMPICHE, Roland J. « L'individuation constitue-t-elle encore le paradigme de la religion en modernité tardive? », *Social Compass*, Vol. 50, No. 3, 2003, p. 297-309.

CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*, Coll. « Quadrige », No. 65, Paris, Presses Universitaires de France, [1966], 2003, 224p.

CASTONGUAY, Claude. *[Santé] L'heure des choix*, Montréal, Boréal, 2012, 206p.

CHAMPION, Françoise. « Logique des bricolages : retours sur la nébuleuse mystique-ésotérique et au-delà. », in : *Recherches sociologiques*, Vol. 35, No. 1, 2004, p. 59-77.

CHAMPION, Françoise et HERVIEU-LÉGER Danièle (Dir.). *de l'émotion en religion. Renouveaux et traditions*, Centurion, Paris, 1990, 253p.

COHEN, David et al. « Medication as a social phenomena », *Health*, Vol. 5, No. 4, 2001, p. 441- 469.

COMPTE-SPONVILLE, André. *L'esprit de l'athéisme. Introduction à une spiritualité sans Dieu*, Paris, Albin Michel, 2006, 220p.

CONRAD, Peter. « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, 1992, p. 209-232.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. « La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 6, No. 2, 1999, p. 174-191.

CORIN, Ellen. *La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images* : Traité d'anthropologie médicale, L'institution de la santé et de la maladie, sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont, Yves Martin, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985, p. 45-73.

CORNEAU, Guy. *Revivre!*, Québec, Les éditions de l'Homme, 2010, 320p.

CRAWFORD, Robert. « Health as a meaningful social practice », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, Vol. 10, No. 4, 2006, p. 401-420.

CRAWFORD, Robert. « The ritual of health promotion », dans WILLIAMS S.J., GABE J. and CALNAN M. (Eds.), *Theorising health, medicine and society*, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, 1998, p. 219-235.

CRAWFORD, Robert. « A cultural account of 'health': control, release, and the social body », dans MCKINLAY, J. (ed.), *Issues in the political economy of health care*, London & New York, Tavistock, 1984, p. 61-103.

DAVIE, Grace. *Religion in Britain since 1945. Believing Without Belonging*, Oxford and Cambridge, Blackwell, 1994, 209p.

DELISLE, Sara. « Quête de santé et cheminement spirituel : une règle commune ralliant la diversité de certains vécus spirituels contemporains », *Studies in Religion/Sciences Religieuses*, Vol. 42, No. 4, 2014, p. 509-523.

DELISLE, Sara. « Les spiritualités féministes comme lieux de guérison », *Counselling et spiritualité / and Spirituality*, faculté des sciences humaines, Université Saint-Paul, Vol. 27, No. 1, 2008, p. 131-149.

DE MUNCK, Jean. « Du souci de soi contemporain. Déformalisation, modèle régulateur et subjectivité », dans BAJOIT, Guy et BELIN, Emmanuelle (dir.), *Contributions à une sociologie du sujet*, L'Harmattan, Paris, Montréal, 1997, p. 133-163.

DERICQUEBOURG, Régis. « De la cure à la prévention dans les religions de guérison », dans *Gestion religieuse de la santé*, LAUTMANN, Françoise et MAÎTRES, Jacques (dir.), Paris, L'Harmattan, 1995, p. 39-59.

DE ROSNAY, Joël. *L'homme symbiotique. Regards sur le troisième millénaire*, Paris, Seuil, 1995, 350p.

DESCHAMP- LE ROUX, Catherine. *L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale*, Coll. « Logiques Sociales », Paris, L'Harmattan, 2002, 273p.

DE SOUZENELLE, Annick. *La parole au cœur du corps. Entretiens avec Jean Mouttapa*, Coll. « Espaces libres », Paris, Albin Michel, [1993], 1997, 261p.

DONGEOIS, Michel. « La santé comme valeur ultime, ça a ses limites ! », entretien avec DELISLE Sara, *Actualité Médicale*, Vol. 32, No. 14, 7 septembre 2011, p. 30-31.

DOUCET, Hubert. « Les services de santé dans la tourmente : au-delà des réponses éthiques, une question de sens », dans *Éthique, santé et société*, Ottawa, Centre de techno-éthique de l'Université Saint-Paul, 1994, p. 7-20.

DOYON, Frédérique. « La plainte du vide intérieur. Une anthropologue se penche sur le côté sombre de la chanson actuelle », entretien avec MATTE, Isabelle, *Le Devoir*, 23 mars 2010, p.8.

DUMET, Nathalie et ROUSSET, Hugues (dir.). *Soigner ou guérir?*, Coll. « L'Ailleurs du corps », Toulouse, Érès, 2010, 144p.

DUMONT, Bernard. « La santé parfaite, une voie nouvelle pour la sainteté séculière? », SFEZ, Lucien (dir.). Colloque de Cerisy, 11 au 19 juin 1998, *L'utopie de la santé parfaite*, Coll. « La politique éclatée », Paris, Presses Universitaires de France, 2001, p. 461-475.

DUPREZ, Adrien. *La médecine du 21^e siècle sera-t-elle humaine? Essai thérapeutique pour une médecine traumatisée*, Paris, Éditions Médicales Internationales, 1988, 127p.

DURISCH GAUTHIER, Nicole, ROSSI, Ilario et STOLZ, Jörg (dir.). *Quête de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides, 2007, 140p.

EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1998, 320p.

ELIAS, Norbert. *La société des individus*, Paris, Fayard, [1987], 1991, 301p.

EURO COS & HUMANISME SANTÉ (groupe pluri-professionnel européen de réflexion et de formation en santé). *La santé médiatisée. La force des images et des représentations*, Paris, Éditions de Santé, 2008, 233p.

EVANS, R.G. et STODDART, G.L. « Produire de la santé, consommer des soins », dans EVANS R.G. et al. (dir.), *Être ou ne pas être en santé, Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Presses Universitaires de Montréal, John Libbey, 1996, p. 37-73.

FASSIN, Didier. « Entre politique du vivant et politique de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 24, No. 1, 2000, p. 95-116.

FERRO, Marc. *Les sociétés malades du progrès*, France, Plon, 1998, 220p.

FERRY, Luc. *La révolution de l'amour. Pour une spiritualité laïque*, Paris, J'ai lu, 2010, 543p.

FORGET, Dominique. 2013. « Vaincre le mal de vivre », *L'actualité*, Vol. 38, No. 18, 2013, p. 52-64.

FORTIN, Pierre (dir.). « La santé comme valeur sociale dans les documents de la Commission Rochon et dans le discours gouvernemental. Analyse éthicologique », *La réforme de la santé au Québec. Questions éthiques*, Coll. « Cahiers de recherche éthique », Montréal, Fides, 1999, p. 13-43.

FOUCART, Jean. *Fluidité sociale et souffrance*, Coll. *Logiques Sociales*, L'Harmattan, Paris, 2009, 283p.

FOUCART, Jean. *Sociologie de la souffrance*, Bruxelles, De Boeck & Larciens, 2003, 321p.

FOUCAULT, Claudette avec la collaboration de MONGEAU, Suzanne. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*, Coll. « Paramètres », Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004, 298p.

FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits 1954-1988*, 4 tomes, Paris, Gallimard, 1994.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Coll. « Galien », Préface de G. Canguilhem, Presses Universitaires de France, [1963], 2007, 214p.

FOX, Renée, « The Medicalisation and Demedicalisation of American Society », *Doing better and feeling worse : Health in the United State*, *Daedalus*, Vol. 106, No. 1, 1977, p. 9-20.

FRANKLIN, Sarah et LOCK, Margaret. *Remaking Life & Death : Toward an Anthropology of the Biosciences*, Santa Fe, School of American Research, 2003, 365p.

FREIDSON, Eliot. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead & Company, 1970, 409p.

FULWILEY, D. « From Discriminate Biopower to Everyday Biopolitics: Views of Genetic Testing in Dakar », *Medical Anthropology*, Vol. 23, No. 2, 1998, p. 157-194.

GADAMER, Hans- Georg. *Philosophie de la santé*, traduction de M. Dautrey, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle et Éditions Mollat, [1993], 1998, 183p.

GALL, Terry Lynn *et al.* « Understanding the Nature and Role of Spirituality in Relation to Coping and Health: A Conceptual Framework », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, Vol. 46, No. 2, 2005, p. 88-104.

GALVIN, Rose. « Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of morals », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, London, Thousand Oaks, New Delhi, SAGE Publications, Vol. 6, No. 2, 2002, p. 107-137.

GARNOUSSI, Nadia. « Le développement de nouvelles ressources de sens ‘psycho-philo-spirituelle’ : dérégulation des savoirs et nouvelle offre idéologique », *Social Compass*, Vol. 52, No. 2, 2005, p. 197-210.

GASHARIAN, Christian. « Santé alternative et New Age à San Fransisco », dans MASSÉ, Raymond et BENOIST, Jean (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Coll. « Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie », Paris, Éditions Karthala, 2002, p. 143-163.

GIDDENS, Anthony. *Les conséquences de la modernité*, Coll. « Théorie sociale contemporaine », Paris, L'Harmattan, 1994, 192p.

GISEL, Pierre (éd.). *Les constellations du croire. Dispositifs hérités, problématisations, destin contemporain*, Genève, Labor et Fides, 2009, 201p.

GOOD, Byron. J. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, 1994, 238p.

GRÉGOIRE, Isabelle. « Il y a de moins en moins de place pour la maladie », entretien avec BEAULIEU, Marie-Dominique, *Québec Science*, Vol. 43, No. 2, 2004, p. 18-20.

HALPERN, Catherine. « Les biotechnologies menacent-elles la nature humaine? », *Sciences Humaines*, No. 178, 2007, p. 52-53.

HERTZLICH, Claudine et ADAM, Philippe. *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Coll. « Sociologie », No. 128, France, Arman Colin, [1994], 2004, 127p.

HERZLICH, Claudine et PIERRET, Janine. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Éditions Payot, [1984], 1991, 313p.

HERZLICH, Claudine. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, École Pratique des Hautes Études et Mouton, 1969, 210p.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. « Le partage du croire religieux dans des sociétés d'individus », *L'Année sociologique*, Vol. 60, 2010, p. 41-62.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. *Catholicisme, la fin d'un monde*, Paris, Bayard, 2003, 335p.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. *Le pèlerin et le converti. La religion en mouvement*, France, Flammarion, 1999, 291p.

HINTERMEYER, Pascal. « Soins palliatifs », dans MARZANO, Michela (dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 880- 884.

HOURS, Bernard. « Le care ou la globalisation de la gestion des risques », *Psychologie Clinique*, Vol. 2, No. 32, 2011, p. 204-210.

HOURS, Bernard. « Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé », *Autrepart*, Vol. 1, No. 29, 2004, p.135-144.

ILLICH, Ivan. « L'obsession de la santé parfaite », Dossier : Apartheid médical, *Manière de voir*, Le Monde diplomatique, [1999], 2004, p. 31-34.

ILLICH, Ivan. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975, 222p.

JACQUEMIN, Dominique. *Bioéthique, médecine et souffrance. Jalons pour une théologie de l'échec*, Montréal, Médiaspaul, 2002, 159p.

JOBIN, Guy. *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, Coll. « soins et spiritualités », Bruxelles, Lumen Vitae, 2012, 106p.

JOURDENAIS, Manon et NADEAU, Jean-Guy. *Maintenant que je ne vais plus mourir. L'expérience spirituelle des homosexuels vivant avec le VIH/sida : guide pour l'accompagnement*, Coll. « Perspectives de théologie pratique », Préface de F. Lafleur, Montréal, Fides. 1997, 283p.

KAUFMANN, Jean- Claude. *Égo. Pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan, 2001, 288p.

KHAYAT, David (dir.). *Vous avez dit santé?*, Coll. « Santé et philosophie », Latresne, Le bord de l'eau, 2001, 121p.

KELLNER, R., *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*, Departement of psychiatry, The University of New Mexico, American Psychiatric Press, Inc. Washinton, DC., 1991, 272p.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press, 1980, 427p.

KUHN, T., *La structures des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983, 284p.

LAFONTAINE, Céline. *La société post-mortelle*, Seuil, Paris, 2008, 248p.

LAPLANTINE, François. « Penser anthropologiquement la religion », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 27, No. 1, 2003, p. 11-33.

LAPLANTINE, François. *Anthropologie de la maladie*, Préface de L.-V. Thomas, Paris, Éditions Payot, [1986], 1992, 411p.

LASCH, Christopher. *The Culture of Narcissism. American Life in An Age of Diminishing Expectations*, New York, Warner Books, W.W Norton & Company, Inc., 1979, 268p.

LAZORTHES, Guy avec la participation de ARBUS L. et al. *Sciences humaines et sociales : l'Homme, la société et la médecine*, Coll. « Abrégés », Paris, Éditions Paris : Masson, 1997, 496p.

LAZORTHES, Yves. *Les douleurs rebelles: évaluation et stratégies thérapeutiques*, Paris, Éditions Maloine, 1993, 315p.

LE BLANC, Guillaume. « L'extension du pouvoir médical », Dossier : Michel Foucault, Une éthique de la vérité, *Le Magazine Littéraire*, No. 435, 2004, p. 47- 49.

LEJOYEUX, Michel. *Le nouveau malade imaginaire. L'utopie du bonheur parfait*, Hachette Littératures, France, 2004, 216p.

LÉVY, Joseph et al. « Religion, spiritualité et nouvelles thérapies face au VIH/sida. » dans MASSÉ Raymond (dir.) et BENOIST Jean (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Coll. « Médecines du monde », No. 10, Paris, Karthala, 2002, p. 165-182.

LIPOVETSKY, Gilles. *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*, Paris, Gallimard, 2006, 377p.

LIPOVETSKY, Gilles. *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Coll. « Folio/Essais », No. 121, Éditions Gallimard, 1993, 328p.

LOCK, Margaret. « Anthropologie médicale pistes d'avenir », SAILLANT, Francine et GENEST, Serge (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Coll. « Société, culture et santé », Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2005, p. 439-467.

LUPTON, Deborah. *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, London, Thousand Oaks, New Delhi, SAGE Publications, 1995, 181p.

LUPTON, Deborah. *Medicine as a Culture. Illness, Disease, and the Body*, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, [1994], 2012, 208p.

MALHERBE, Jean-François. *Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*, Coll. « Catalyses », Montréal, Fides et Artel, 1994, 189p.

MASSÉ, Raymond. « Maladie », dans MARZANO, Marcela (dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 539-542.

MASSÉ, Raymond. « Santé », dans MARZANO, Marcela (dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 839-843.

MASSÉ, Raymond avec la collaboration de SAINT-ARNAUD, Jocelyne. *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*, Coll. « Société, culture et santé », Presses de l'Université Laval, Québec, 2003, 413p.

MASSÉ, Raymond et BENOIST, Jean (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Coll. « Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie », Paris, Éditions Karthala, 2002, 493p.

MASSÉ, Raymond. *Culture et santé publique : les contributions à l'anthropologie, à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaétan Morin éditeur, 1995, 499p.

McCARROLL, Pam, ST.JAMES O'CONNOR, Thomas and MEAKES Elizabeth. « Assessing Plurality in Spirituality Definitions », dans MEIER, A., ST-JAMES O'CONNOR, T. and VANKATWYK, P. (eds.), *Spirituality & Health. Multidisciplinary Explorations*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, 2005, p. 43-59.

McGREGOR, Maurice. « L'impact de la technologie sur le système de soins », dans DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand et MARTIN, Yves (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Canada, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985, p. 385- 404.

McGUIRE, Meredith. *Lived Religion: Faith and Practice in Everyday Life*, New York, Oxford University Press, 2008, 304p.

McWHINNEY I.R. et al., « Lingua Medica: Rethinking Somatization », *Ann. Intern. Med.* Vol. 126, 1997, p. 747-750.

MUKAMURERA, Joséphine ; LACOURSE, France; COUTURIER, Yves. « Des avancées en analyses qualitatives : pour une transparence et une systématisation des pratiques », *Recherches qualitatives*, Vol. 26, No. 1, 2006, P.110-138.

ODIER, Cosette. « Y a-t-il des soins palliatifs laïcs? Le soutien spirituel mis au défi », dans J. ROY, David et RAPIN, Charles-Henri (dir.), *Les annales de soins palliatifs, Les défis*, Coll. « Amaryllis », No. 1, Montréal, Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de Montréal, 1992, p. 31- 35.

OTERO, Marcelo. *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003, 322p.

PARKER GUMUCUI, Cristian. « Les nouvelles formes de religion dans la société globalisée : Un défi à l'interprétation sociologique », *Social Compass*, Vol. 49, No. 2, 2002, p.167-186.

PARSONS, Talcott. « The Sick Role and de Role of the Physician Reconsidered », *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 53, No. 3, 1975, p. 257-278.

PAYER, Lynn. *Medicine & culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France*, New York, H. Holt, 1988, 204p.

PELLISSIER- FALL, Anne. *Médecine, médicalisation et anticipation de la maladie*, Thèse (Ph. D.), Université de Caen/Basse-Normandie, 2003, 493p.

PINELL, Patrick. « Médicalisation et procès de civilisation », dans AÏACH, Pierre et DELANOË, Daniel (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Coll. « Sociologiques », no 4, France, Économica, 1998, p. 245-254.

POWLES, J. « On the limitation of modern medicine », *Science medicine and man*, Vol. VI, 1973, p. 1-30.

RENAUD, Marc. « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique », in : *Santé et société au Québec : XIXe-XXe siècle*, Peter Keating et Othmar Keel (dir.), Québec, Boréal, 1995, p. 189-217.

ROCCHI, Valérie. « Des nouvelles formes du religieux ? Entre quête de bien-être et logique protestataire : le cas des groupes post-Nouvel-Age en France », *Social Compass*, Vol. 50, No. 2, 2003, p.175-189.

ROCHON, Serge. *Solitudes en nature. Regards sur les quêtes contemporaines de vision*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2011, 262p.

ROSE, Nikolas. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, New Jersey, Princeton University Press, 2007, 350p.

ROSE, Nikolas. « The Politics of Life Itself », *Theory, Culture and Society*, Vol.18, No.6, 2001, p. 1-30.

ROSSI, Illario. « Quêtes de spiritualité et pluralisme médical : reconfigurations contemporaines », dans DURISH GAUTHIER Nicole, ROSSI, Illario et STOLZ, Jörg (dir.), *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Coll. « Religions et modernités », Genève, Labor et Fides, 2007, p. 15-29.

ROY, Mathieu. « Pour une promotion de la santé | la salutogénèse », *Spiritualitésanté*, Vol. 6, No. 2, 2013, p. 44-47.

RUFFIE, J. « Les perspectives de la médecine prédictive au 21^e siècle », *Revue Hospitalière de France*, No. 4, 1998, p. 435-439.

SAILLANT, Francine et GENEST, Serge (dir.). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Coll. « Société, culture et santé », Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2005, 490p.

SAILLANT, Francine. « Le mouvement pour la santé des femmes », dans Dufresne, Jacques, Dumont, Fernand et Martin, Yves (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Canada, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985, p. 743-762.

SAINT-ARNAUD, Jocelyne. *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*, Préface de H. Doucet, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, [1999], 2006, 191p.

SANNI YAYA, Hachimi. « Biopouvoir, médicalisation de l'existence et pathologisation des difficultés de vie : lorsque la santé tourne à l'obsession », dans SANNI YAYA, Hachimi (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Les Presses de L'Université Laval, 2009, p. 399-414.

SAROGLOU, Vassilis. « Religious Bricolage as a Psychological Reality : Limits, Structures and Dynamics », *Social Compass*, Vol. 53, No. 1, 2006, p. 109-115.

SCHULMAN, Carl and BOSTROM, Nick. « Embryo Selection for Cognitive Enhancement : Curiosity or Game-Changer? », *Global Policy*, Vol. 5, No. 1, 2014, p. 85-92.

SEBAG- LANOE, Renée. « Les perspectives essentielles pour le développement de la formation en soins palliatifs », dans J. ROY, David et RAPIN, Charles-Henri (dir.), *Les annales de soins palliatifs, Les défis*, Coll. « Amaryllis », No. 1, Montréal, Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de Montréal, 1992, p. 77- 82.

SERVAN-SCHREIBER, Jean-Louis. « L'âge du bonheur », *Psychologies*, No. 281, 2009, p. 7.

SFEZ, Lucien (dir.). COLLOQUE DE CERISY, 11 au 19 juin 1998, *L'utopie de la santé parfaite*, Coll. « La politique éclatée », Paris, Presses Universitaires de France, 2001, 517p.

SFEZ, Lucien. *Le rêve biotechnologique*, Coll. « Que sais-je », Paris, Presses Universitaires de France, 2001, 127p.

SFEZ, Lucien. *L'utopie de la santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil, 1995, 398p.

SINDING, C., « Le gène dans la médecine contemporaine : vers une prévention radicale de la maladie », *Culture technique*, Vol. 15, 1985, p. 312-319.

SIGERIST, Henry. *Civilisation and disease*, Chicago, University of Chicago Press, [1943], 1965, 255p.

SKRABANEK, Petr. *The Death of Human Medicine and the Rise of Coercive Healthism*, The Social Affairs Unit, Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd, 1994, 212p.

SONTAG, Susan. *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Coll. « Choix-Essais », Traduction de M-F. de Paloméra et B. Matthieussent, Angleterre, Christian Bourgeois Éditeur, [1978], 1993, 236p.

SPIESS, Martine *et al.* « Quand la certitude s’empare du discours de la prévention : Le sujet malmené de notre modernité », *Cliniques méditerranéennes*, Vol. 1, No. 81, 2010, p. 65-75.

ST-ARNAUD, Yves. *Je crois sans dieu. Parcours d’un psychologue en quête de sens*, Montréal, Bellarmin, 2010, 187p.

ST-ARNAUD, Yves. *Vivre sans savoir. Invitation au dialogue entre croyants et non-croyants*, Montréal, Fides, 2012, 192p.

STRONG, P.M., « Sociological imperialism and the profession of medicine : critical examination of the thesis of medical imperialism », *Social science and medicine*, Vol. 13A, 1979, p. 199-215.

SUSSAN, Rémy. «Priorité à l’amélioration de la condition humaine », entretien avec BOSTROM, Nick, *Science et Avenir*, No. 720, 2007, p. 34-37.

SZASZ, T. and HOLLANDER, M., « A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship », *Archives of internal medicine*, No. 97, 1956, p. 585-592.

TAYLOR, Charles. *A Secular age*, Cambridge, Massachusetts, and London, The Belknap Press of Harvard University Press, 2007, 874p.

TAYLOR, Charles. *The malaise of modernity*, Ontario, Anansi, 1991, 135p.

TAYLOR, Charles. *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Cambridge, Harvard University Press, 1992, 624p.

THOUVENIN, Dominique. « Test génétique. Du diagnostic et de l'aveu », dans MARZANO, Michela (dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 917-921.

TREMBLAY, Marc-Adélar. « La santé en tant que phénomène global », PURUSHOTTAM, Joshi et DE GRÂCE, Gaston-René, Coll. « les classiques des sciences sociales », *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal, Décarie, 1983, p. 49-89.

TRILLING, Lionel. *Sincerity and authenticity*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1973, 183p.

UGEUX, Bernard. « La spiritualité, lieu de dépendances ou chemin d'autonomie », Érès, «Hors collection », 2005, p. 163-192.

VALABREGA, J.- P., *La relation Thérapeutique, Malade et Médecin*, Coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique », No. 62, Paris, Flammarion, 1962, 321p.

VALLIÈRES, Carole. « La religion santé », *Le Devoir*, 2 juillet 2006.

VAN DER GEEST, Sjaak et al. « The Anthropology of Pharmaceuticals : A Biographical Approach », *Annu. Rev. Anthropol.*, No. 25, 1996, p. 53- 78.

VAN GENNEP, Arnold. *The Rites of Passage*, traduction de M. B.Vizedom et G. L.Caffee, État-Unis, The University of Chicago Press, [1909], 1961, 224p.

VERDIER, H., « La 'médecine prédictive' entre croyance et construction de nouvelles catégories de risques », *L'Année Sociologique*, Vol. 46, No. 2, 1996, p. 413-448.

VOYER, Gilles. *Qu'est-ce que l'éthique clinique? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Préface de G. A. LEGEAULT, Coll. « Catalyses », Montréal, Fides, 1996, 179p.

VRANCKEN, Didier et MACQUET, Claude. *Le travail sur Soi. Vers une psychologisation de la société?*, Paris, Belin, 2006, 254p.

YOUNG, A. « The Anthropologies of Illness and Sickness », *Annual Review of Anthropology*, Vol. 11, 1982, p. 257-285.

YOUNG T. Kue. *Population Health, Concepts and Methods*, New York, Oxford University Press, 1998, 315p.

ZAFFRAN, Marc. « La guérison plus qu'un acte médical », *Spiritualitésanté*, Vol. 6, No. 2, 2013, p.16-19.

ZOLA, I., « Medicine as an Institution of Social Control », *Sociological Review*, Vol. 20, 1972, p. 487-504.